T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERDE SALUTOJENİK YAKLAŞIM TEMELLİ GÖRÜŞMENİN BÜTÜNLÜK DUYGUSU VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞA ETKİSİ

ÖZGÜR SEMA ACI

DANIŞMAN
PROF. DR. F. YASEMİN KUTLU

RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
PROGRAMI

İSTANBUL-2020

TEZ ONAYI

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.



ÖZGÜR SEMA ACI

İTHAF

Canım kızım Asya'ya ithaf ediyorum…

TEŞEKKÜR

Tez sürecimin her aşamasında benimle bilgi ve deneyiminin yanında manevi desteğini esirgemeyen, disiplini, çözüme yönelik çalışma tarzı, olaylara bakış açısı ve anlayışıyla örnek aldığım, tez danışmanım olmasının yanında birlikte çalışma deneyimi yaşamaktan büyük mutluluk duyduğum değerli hocam Prof. Dr. F. Yasemin Kutlu'ya,

Tez projesinin başlangıç aşamasından itibaren bilgi ve deneyimleriyle yol gösteren ve katkılarını esirgemeyen, manevi olarak her zaman yanımda olan değerli hocalarım Prof. Dr. Hülya Bilgin ve Doç. Dr. Selda Seçginli'ye,

Akademik gelişimime katkıda bulunan İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki hocalarım Prof. Dr. Sevim Buzlu, Prof. Dr. Leyla Küçük, Dr. Öğr. Üyesi Sevil Yılmaz, Dr. Öğr. Üyesi Özge Sükut'a ve anabilim dalındaki tüm arkadaşlarıma,

Tezimin her aşamasında dostluklarını ve yardımlarını esirgemeyen sevgili arkadaşlarım Arş. Gör. Emre Çiydem'e, Arş. Gör. Özlem Kaçkin'e, Dr. Öğr. Üyesi Dercan Gençbaş'a, Dr. Öğr. Üyesi Nuray Turan'a, Arş. Gör. Dr. Gülsün Özdemir'e, Funda Altıntaş'a, Nilüfer Alıcı'ya ve Dr. Merve Aydın'a

Tez sürecimde benimle birlikte olan şizofreni tanılı bireylere,

Bu süreçte ve hayatımın her anında yanımda olan, desteğini esirgemeyen sevgili eşim Alaeddin'e, anneme, babama, ağabeyime, kardeşime, yengem ve yeğenime çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ X
ÖZET ..... Xİ
ABSTRACT ..... Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. SALUTOGENEZ MODEL 6
2.1.1. Bütünlük (Tutarlılık) Duygusu 7
2.1.2. Genelleştirilmiş Direnç Kaynakları 8
2.1.3. Salutojenik Yaklaşım Temelli Görüşme 10
2.2. PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK 11
2.2.1. Psikolojik Sağlamlığı Etkileyen Risk Faktörleri 12
2.2.2. Psikolojik Sağlamlıkta Koruyucu Faktörler 13
2.2.3. Psikolojik Sağlamlık ve Olumlu Sonuçları 15
3. GEREÇ VE YÖNTEM 20
3.1. Araştırmanın Amacı 20
3.2. Araştırmanın Değişkenleri 20
3.3. Araştırmanın Hipotezleri 20
3.4. Araştırmanın Türü 20
3.5. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 20
3.6. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 21
3.7. Veri Toplama Araçları 22
3.7.1. Hasta Tanıtım Formu 22
3.7.2. Bütünlük (Tutarlılık) Duygusu Ölçeği (BDÖ) 22
3.7.3. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ) 23
3.8. Araştırma Süreci 23
3.8.1. Salutojenik Yaklaşım Temelli Görüşme Programı 27

3.8.1.1. Salutojenik Yaklaşım Temelli Görüşme Programının İçeriği.....27
3.8.1.2. Girişim ve Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar.....32
3.9. Verilerin Analizi 34
3.10. Araştırmanın Etik Yönü.....34
3.11. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri.....35
4. BULGULAR.....36
4.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Bireysel ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular 36
4.2. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların KPSÖ, BDÖ ve Alt Boyutlarının Ön Test, Son Test ve 1 Ay İzlem Puan Ortalamaları ile İlgili Bulgular.....38
5. TARTIŞMA.....40
5.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Bireysel ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı ile İlgili Bulguların Tartışılması; 40
5.2. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların KPSÖ, BDÖ ve Alt Boyutlarının Ön Test, Son Test ve 1 Ay İzlem Puan Ortalamaları ile İlgili Bulguların Tartışılması.....41
6. SONUÇLAR.....46
7. ÖNERİLER.....48
8. KAYNAKLAR.....49
9. EKLER.....63
10. İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....101
11. ÖZGEÇMİŞ 102

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Psikolojik Sağlamlığı Etkileyen Bireysel, Ailesel ve Çevresel Risk Faktörleri…….12

Tablo 2-2: Psikolojik Sağlamlıkta Bireysel, Ailesel ve Çevresel Koruyucu Faktörler……...14

Tablo 3-1: Salutojenik Yaklaşım Temelli Görüşme Programı……28

Tablo 3-2: Girişim- Kontrol Grubu Çalışma Süreci……...…….....32

Tablo 4-1: Katılımcıların Bireysel ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı…….36

Tablo 4-2: Gruplar Arası ve Gruplar İçi Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması……....38

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1: Araştırmanın Uygulama Şeması……25

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

APA : Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychological Association)

BDÖ : Bütünlük Duygusu Ölçeği (Sense of Coherence Scale)

EKT : Elektro Konvulsif Tedavi

KPSÖ : Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (The Brief Resilience Scale)

NIMH : Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (National Institute of Mental Health)

TRSM : Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

ÖZET

Acı, Ö.S. (2020). Şizofreni Tanılı Bireylerde Salutojenik Yaklaşım Temelli Görüşmenin Bütünlük Duygusu ve Psikolojik Dayanıklılığa Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği AD. Doktora Tezi. İstanbul.

Şizofreni tanılı bireyin salutojenik model ile ilgili uygulamalar iyileşme sürecine katkı sağlamaktadır. Salutojenik yaklaşım temelli görüşmenin katılımcıların farkındalık ve güvenlerini arttırmak, iç/dış kaynaklarını ve potansiyelleri fark etmelerini sağlayarak bütünlük duygusunu ve psikolojik dayanıklılığı artırabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı, şizofreni tanılı bireylerde salutojenik yaklaşım temelli görüşmenin bütünlük duygusu ve psikolojik dayanıklılığa etkisini belirlemekti.

Araştırma, deneysel araştırmalardan ön test- son test kontrol gruplu tasarım tipinde randomize kontrollü olarak gerçekleştirildi. Çalışma verileri, 22 girişim ve 27 kontrol olmak üzere toplam 49 katılımcıdan oluşturuldu. Veriler, girişim ve kontrol grubuna uygulanan hasta tanıtım formu, Bütünlük Duygusu Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile toplandı. Girişim grubu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde uygulanan rutin faaliyetlerinin yanı sıra 16 oturumdan oluşan salutojenik yaklaşım temelli görüşme haftada iki kere olmak üzere 8 hafta boyunca uygulandı. Kontrol grubu ise rutin faaliyetlerine devam etti. Her iki gruba da eş zamanlı olarak uygulama öncesinde, bitiminde ve bir ay sonra Bütünlük Duygusu Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği tekrar uygulandı.

Girişim ve kontrol grubunun Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği, Bütünlük Duygusu Ölçeği ve anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik ve anlamlılık boyutları ön test, son test ve bir ay izlem puanları karşılaştırıldığında; Bütünlük Duygusu Ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarının ön test puanları gruplara göre farklılık göstermezken, son test ve bir ay izlem puanları girişim grubu lehine anlamlı farklılık gösterdi. Yine Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ön test ortalama puanları gruplara göre farklılık göstermezken son test ve izlem puanları girişim grubu lehine anlamlı farklılık gösterdi.

Sonuç olarak; Salutojenik yaklaşım temelli görüşmeye katılmış olan şizofreni tanılı bireylerin bütünlük duygusu ve psikolojik dayanıklılık düzeyi artmıştır.

Anahtar kelimeler: Salutogenez, bütünlük duygusu, psikolojik sağlamlık, şizofreni

ABSTRACT

Aci, O.S. (2020). The Effect of Salutogenic Approach Based Interview on Sense of Coherence and Psychological Resistance in Individuals with Schizophrenia. Istanbul University-Cerrahpasa, Institute of Health Science, Department of Psychiatric and Mental Health Nursing. PhD Thesis. Istanbul.

Individual diagnosed with schizophrenia has been contributed to the healing process with applications related to the salutogenic model. It was thought that the meeting based on salutogenic approach could increase the sense of coherence and psychological resilience by increasing the awareness and confidence of the participants and enabling them to realize their internal / external resources and potentials. The aim of this study was to determined the effect of salutogenic approach based interview on sense of coherence and psychological resistance in Individuals with Schizophrenia.

The research was pretest-posttest randomized controlled experimental trial. The study data were composed of 49 participants which were 22 interventions and 27 controls. Data colletion tools were Patient Presentation Form, Sense of Coherence and the Brief Resilience Scale which were applied to the intervention and control group. Intervention based on salutogenic approach consisting of 16 sessions was applied to the intervention group twice a week for 8 weeks In addition to the routine activities implemented at the intervention group Community Mental Health Center. At the end of the application and one month later, the Sense of Coherence Scale and the Brief Resilience Scale were reapplied. The control group continued their routine activities at the Community Mental Health Center. Simultaneously with the completion of the sessions of the intervention group and one month later, the Sense of Coherence Scale and the Brief Resilience Scale were applied to the control group.

When the pretest, posttest and one-month follow-up scores of the Sense of Coherence Scale, the Brief Resilience Scale and their sub-items of the intervention and control groups were compared; while the comprehensibility, manageability, meaningfulness subscale and total pre-test scores of the sense of coherence scale did not differ according to the groups, the post-test and one-month follow-up scores differed in favor of the intervention group. Again, while the Brief Resilience Scale pretest mean scores did not differ according to the groups, the posttest and follow-up scores differed significantly in favor of the intervention group.

As a result; Individuals diagnosed with schizophrenia who participated in the salutogenic approach based interview had an increased sense of coherence and resilience.

Key Words: Salutogenesis, sense of coherence, psychological, resilience, schizophrenia

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni Dünya'da 21 milyondan fazla insanı etkileyen kronik ve ciddi bir hastalıktır (WHO 2019). Ülkemizde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda şizofreninin yaşam boyu yaygınlık oranı 1000 kişide 8.9 olarak belirlenmiş (Binbay ve ark. 2011) olup bu bireyler bilişsel, duygusal ve davranışsal alanlarda yaşadıkları sorunlar nedeniyle sıklıkla çevreye uyum sağlamakta zorluk çekmekte, damgalamayla mücadele etmek zorunda kalmakta, işlevselliklerinin günden güne azalması, yaşadıkları ümitsizlikler nedeniyle intihar riskleri artmakta, tedaviye uyumda zorluklar yaşamaları nedeniyle uzun süre bakım ve desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Sık sık hastaneye yatış yapmalarının bireye yaşattığı olumsuzluklar dışında ailelerinin bakım yükünü de arttırmakta ayrıca ülke ekonomisini de olumsuz olarak etkilemektedir (Bilge ve ark. 2016; Köroğlu ve Hocaoğlu 2017; Witkowska-Luc 2018).

Şizofreni tanılı bireylerin yaşadıkları sorunlarla baş etmesinde bütünlük duygusu önemli bir bileşendir. Bütünlük duygusu, bireyin dünyayı anlamlı, anlaşılabilir ve yönetilebilir olarak görmesine ilişkin kavramı ifade etmektedir (Çeçen 2008; Eriksson ve Lindström 2011). Güçlü bütünlük duygusu, bireyin sağlığını korunmasına, stres faktörleri ile baş etmesine, gerginliği yönetmesine ve kişinin kaynaklarını harekete geçirmesine yardımcı olur (Langeland ve ark. 2007). Bireyin sağlık-hastalık sürekliliği üzerindeki konumunu belirler. Bütünlük duygusu güçlü olan kişiler, "sağlıklı" kutba doğru konumlandırılabilir (Quehenberger ve Krajic 2017). Bütünlük duygusu kavramının ele alındığı model salutojenik modeldir. Aaron Antonovsky (1923-1994) tarafından geliştirilen salutojenik model (1996), patogenez yaklaşıma alternatif bir modeldir. Patogenez hastalığın nasıl oluştuğuna odaklanırken, salutogenez sağlığın nasıl oluştuğuna odaklanmaktadır (Witkowska-Luc 2018). Salutojenik yaklaşım, bazı insanların yaşadıkları gerginlik, stres verici yasam olayları ve güçlükler karşısında neden diğer insanlara göre daha iyi başa çıktıklarını, sağlıklarını ve iyilik hallerini daha iyi koruduklarını açıklamaya çalışmaktadır. Dışarıdan gelen bir uyaranın bireysel olarak değerlendirilmesinde ve gerilimle baş etmede önemli unsur, modelde belirtilmiş olan bütünlük (tutarlılık) duygusu (Sense of Coherence) ile açıklanmıştır (Çeçen 2008; Eriksson 2017). Modelde, bütünlük duygusunun üç bileşeni vardır. Bunlar anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik ve anlamlılıktır (Ward ve ark 2014). Anlaşılabilirlik, bireyin yaşadığı iç ve dış stresörlerin, yaşamda "beklenir" ve "açıklanabilir" olmasını

ifade eder (Bag 2017; Bengtsson-Tops ve ark. 2005). Yönetilebilirlik, bireyde stresörün meydana getirdiği durumla başa çıkabileceği iç ve dış kaynaklarının mevcut olduğu duygusudur (Bengtsson-Tops ve ark. 2005). Anlamlılık, bireyin olumsuz yaşam olaylarına ilişkin mücadele edilebilirlik algısını ifade etmektedir (Çeçen 2008). Bireyin stresörleri baş etmeye değer görmesidir (Bengtsson-Tops ve ark. 2005).

Salutojenik model hemşirelik girişimlerine de entegre edilmiştir. Şizofreni tanılı bireye salutojenik yaklaşımın nasıl uygulanabileceğine dair ayrıntılı bilgiler veren Menzies (2000), psikiyatri hemşiresinin bireyin semptomları ve problemleriyle baş etmesini sağlayarak, umutlarını geliştireceğini, yeteneklerini ve becerilerini destekleyerek, benlik saygısını yükselteceğini, kimlik gelişimine katkıda bulunacağını ve bütünlük duygusunu arttıracağını vurgulamıştır (Menzies 2000). Şizofreni tanılı bireyin iyileşme sürecinde salutogenezis ilgi çekici bir kavramdır (Witkowska-Luc 2018). Şizofreni tanılı bireyin, salutojenik model yardımıyla yapılacak uygulamalarla bağımsız olarak işlev görme becerisini yavaş yavaş geri kazanması, aile ilişkilerini yeniden inşa etmesi, profesyonel rollerini ve işlevlerini yerine getirmesi mümkün olacaktır (Witkowska-Luc 2018). Bu nedenle bu bireyler, kendi bakımları ile ilgili kararlara dahil edilmeli, yaşamları hakkında karar vermek için güçlendirilmelidir (Griffiths 2009). Bu durum şizofreni hastalarının sağlığını geri kazanmasına yardımcı olur. Hastalığın getirdiği sınırlamalara karşın tatmin edici bir hayat yaşamaları sağlanabilir (Witkowska-Luc 2018).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerde salutojenik modeldeki bütünlük duygusu kavramının ele alındığı tanımlayıcı çalışmalar literatürde bulunmaktadır. Şizofreni tanılı bireylerin bütünlük duygusunu ve yaşam kalitesini değerlendiren bir araştırmada bütünlük duygusunun yaşam kalitesinin bir göstergesi olduğu gösterilmiştir (Badura-Brzoza ve ark. 2008; Gassmann ve ark. 2013). Bengtsson-Tops ve Hansson (2001), bütünlük duygusuyla ilgili yaptıkları literatür taramasında, şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanılı bireylerin bakım, destek ve tedavisine yönelik yöntemlerin kullanıldığı çalışmaların iyileşme açısından yararlı olabileceği sonucuna varmışlardır. Bu bulguların ışığında, Bengtsson-Tops ve Hansson iyileşmenin kolaylaştırılması için bireylerin bilişsel yeteneklerini geliştirmeye yönelik eylemlerin, bütünlük duygusu kavramlarıyla artacağı sonucuna varmışlardır (Bengtsson-Tops ve Hansson 2001). Bu bulgular şizofreni spektrum bozukluğu tanılı bireylerin rehabilitasyonu sırasında bütünlük duygusunu

artıran bakım, destek ve müdahalelerin sağlanmasının önemini göstermektedir (Griffiths 2009).

Salutojenik sağlık modeline temellenen ilk müdahale programı görüşme/konuşma terapisi (talk therapy)'dir. Bu program hemşire araştırmacılar Langeland, Wahl, Kristoffersen ve Hanestad tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir (Yamazaki ve ark. 2011). Bu uygulamanın temel amacı; katılımcıların farkındalık ve güvenlerini arttırmak, iç/dış kaynaklarını ve potansiyelleri fark etmelerini sağlayarak bütünlük duygusunu, baş etme becerilerini, ruh sağlığı ve refah düzeyini arttırmaktır. Görüşme/konuşma terapisi uygulaması ile bireysel ve kollektif direnç kaynakları görünür kılınarak stresli durumlarda gerilimin etkili yönetilmesi sağlamaktır (Langeland ve ark. 2007; Langeland ve Vinje 2017).

Salutojenik yaklaşım temelli görüşmenin içeriğinde bahsedilen stresörlerin iyi yönetilmesi, başa çıkma stratejileri, destek sistemleri gibi kavramlar "psikolojik dayanıklılık" kavramının içeriğinde de yer almaktadır (Eriksson ve Lindström 2011). Psikolojik sağlamlıkla ilgili yapılan çalışmalarda, psikolojik sağlamlık seviyeleri yüksek bireylerin stresli yaşam olaylarıyla baş etme, kişilerarası ilişkileri yönetme ve problem çözme becerileri bakımından daha başarılı oldukları vurgulanmıştır. Benzer stresörlerle karşılaşmış ve başarısız olmuş bireyler ise psikolojik dayanıklılık düzeylerini geliştirerek, karşılaştıkları sorunların üstesinden daha kolay gelmekte veya bu stresörlerden en az zararla kurtulabilmektedirler (Öz ve Bahadır Yılmaz 2009). Bu açılardan bakıldığında; salutojenik yaklaşım temelli görüşme uygulamasında katılımcıların farkındalık ve güvenlerini arttırmak, iç/dış kaynaklarını ve potansiyelleri fark etmelerini sağlayarak bütünlük duygusunu, baş etme becerilerini, ruh sağlığı ve refah düzeyini arttırma amacıyla uyum sağlamaktadır.

Salutojenik model temelli uygulamalar ve bu modele temellenen görüşmenin, şizofreni tanılı bireylerde kullanılabileceği literatürde belirtilmiştir (Bengtsson-Tops ve ark. 2005; Kasperek-Zimowska ve ark. 2011). Uluslararası düzeyde ruhsal bozukluğu olan bireylerde salutojenik yaklaşım temelli görüşmenin etkinliği ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (Langeland ve ark. 2006). Ülkemizde ise bu modele temelli herhangi bir müdahale programının etkinliğini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. ***Mevcut çalışmanın amacı,*** şizofreni tanılı bireylerde salutojenik yaklaşım temelli görüşmenin bütünlük duygusuna ve psikolojik dayanıklılığa etkisini belirlemekti.

2. GENEL BİLGİLER

İşlevselliği, bütünlük duygusunu ve yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltan şizofreni, ciddi, kronik bir ruhsal bozukluktur (NIMH 2007). ABD'de her 17 kişiden birinin ciddi bir ruhsal bozukluğu bulunmaktadır. Buna göre, yaklaşık olarak Amerika'da 2.4 milyon kişi ciddi kronik ruhsal bozukluğa sahip olup (Leutwyler ve ark. 2010) yapılan çalışmada şizofreni ve şizofreniform bozukluğun yıllık yaygınlığı % 1, yaşam boyu yaygınlığı ise % 1,5 olarak belirlenmiştir. Dünya genelinde ise yılda yaklaşık 2 milyon yeni vaka görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre şizofreni görülme sıklığı Avrupa ve Asya'da %0,85'tir (Karakuş ve ark. 2017). Ülkemizde ise şizofreninin yaşam boyu yaygınlık oranı 1000 kişide 8.9 olarak belirlenmiştir (Binbay ve ark. 2011).

Şizofreni, bireyin düşünmesini, algılamasını, duygularını, hareketlerini, yargılamasını, dikkatini, kendine bakımını, yaşam becerilerini, kişilerarası ilişkilerini, mesleki işlevselliğini bozan ve yeti yitimine yol açan bir hastalıktır (Öztürk ve Uluşahin 2015; Summakoğlu ve Ertuğrul 2018). Genellikle yaşamın erken evrelerinde başladığı için bireyi üretim dışında bırakarak toplumdan uzaklaşmasına, içe kapanmasına ve çevresindeki kişilerle ilişkilerinde sorunlar yaşamasına neden olmaktadır (Summakoğlu ve Ertuğrul 2018). Clements ve ark'ları (2004) kronik şizofreni hastalarının zamanla ümitsizlik duygusu yaşadıklarını, kendilerine zarar verme veya intihar düşüncelerinde artma olduğunu bildirilmişlerdir. Araştırmaya katılan bir hastanın "bu hastalıkta bir gelecek görmenin çok zor olduğunu" belirtmesi bu bireylerin yaşadığı çaresizlik duygusunu ve sağlıklı olmaya duydukları ihtiyacı gözler önüne sermektedir (Clements ve ark. 2004). Şizofreni tanılı bireyler, hastalığın nüksetmesi, psikopatolojik semptomların oluşumu gibi nedenlerle daha fazla hastaneye yatış ihtiyacı yaşamaktadırlar. Bu nedenle stres düzeyleri de diğer bireylere göre fazladır (Witkowska-Luc 2018). Şizofreni hastalarının bu hastalık nedeniyle hayatı her yönden etkilenmiştir. Hastanın yaşam kalitesini artırmak için belirtilerin azalması, hastanın topluma katılımının sağlanması ve yeti yitiminin azalması amaçlanmaktadır. Şizofreni hastaları ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda %30-40 kadarının orta ve iyi derecede olmak üzere iş, aile ve sosyal uyumlarında iyileşme gösterdikleri bildirilmektedir. Bireyin iyileşme sürecinde yaşı, eğitim düzeyi, kişilik özellikleri, sosyo-ekonomik durumu, aile ve sosyal çevresinin yapısı, hastalığın şiddeti ve türü, yararlandığı sağlık hizmetlerinin kalitesi önemlidir (Summakoğlu ve Ertuğrul 2018). Şizofreni hastalarında iyileşme uzun vadeli bir süreçtir.

Bireyin yavaşça bağımsız olarak işlev görme, aile ilişkilerini yeniden kurma, profesyonel rollerini yerine getirme ve toplumdaki işlevlerini yerine getirme becerilerini kazanması genellikle birkaç yıl alır. Şizofreni hastaları, hastalığın neden olduğu sınırlamalara rağmen tedavileri yapıldığında sağlığı geri kazanabilmekte ve tatmin edici bir hayat yaşayabilmektedirler (Witkowska-Luc 2018).

Şizofreni hastalığının tedavisinde; ilaç tedavileri, elektro konvulsif tedavi (EKT), bilişsel davranışçı tedavi yaklaşımları, aile terapisi, psikososyal beceri eğitimleri ve psikoterapiler yer almaktadır (Summakoğlu ve Ertuğrul 2018). Sadece ilaç tedavisi ile iyileştirilmeye çalışan hastalarda yüksek oranda uyum sorunları veya nüks gözlenmesi nedeniyle psikososyal yaklaşımlar ve psikoterapiler üzerine ilgi günden güne artmıştır (Summakoğlu ve Ertuğrul 2018). Şizofreni tedavisinde ilaçlarla tedavi zorunlu olmakla birlikte bütüncül yaklaşım benimsenmiştir. İlaç tedavisi ile semptomların etkisi, yeti yitimi ve hastane yatışları azaltılırken; psikososyal bakım ve rehabilitasyon ile sosyal iyileşme sağlanmaktadır (Summakoğlu ve Ertuğrul 2018). Şizofreni hastalarının, kişiler arası ilişkilerde yaşadığı sorunları ve bu ilişkilere duyduğu ihtiyaç bir ikilem oluşturmaktadır (Summakoğlu ve Ertuğrul 2018). Bu bireyler kendine ve çevresine olan güvenini büyük oranda yitirmiştir. Onlara göre insan ilişkileri hayal kırıklığı, aldatılma, bağımsızlığın azalması, başkaları tarafından ortadan kaldırılma gibi kaygılar içermektedir. Bu nedenle insan ilişklerinden uzak durarak kendi dünyalarına kapanmaktadırlar ancak diğer taraftan bu ilişkilere gereksinim duymaktadırlar. Bu gereksinim bazı zamanlar çok yoğun yaşanır. Kişiye ikilem yaşatır. Kişi bir yandan bu ilişkiye ihtiyaç duyarken bir yandan da korkarak insan ilişkilerini düzenleyemez ve geliştiremez hale gelmektedir. Bu karmaşa ile hastanın güvenilir, sürekliliği olan bir ilişkiye olan ihtiyacı artmaktadır (Öztürk ve Uluşahin 2015). Bu nedenle şizofreni bozukluğunun iyileşme sürecinde, psikoterapötik yaklaşımlar ve psikoterapi önemli bir yer tutmaktadır (Summakoğlu ve Ertuğrul 2018). Şizofreni hastalarının sağaltımında ilk görüşmeden itibaren güven veren, sürekliliği olan bir ilişki gerekmektedir. Bu ilişkide dürüst, açık, ilgili, hastayı bırakmayan ve reddetmeyen bir terapist gerekmektedir. Terapist, şizofreni tanılı bireyin dünyasının bir anlamı olduğuna inanır ve onun kişiliğine saygı duyar (Öztürk ve Uluşahin 2015). Bu hastaların tedavisinde, varoluşçu ve psikanalitik yönelimli psikoterapilerin önemli katkıları olmuştur ancak bu klasik kuramların katı biçimde uygulanması hasta ile olan ilişkinin kısa zamanda bozulmasına neden olabilmekte ve hastaya zarar verebilmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2015).

Şizofreni tanılı bireyin psikoterapisinde belli bir akıma göre değil, hastanın bireysel durumuna göre gerektiğinde destekleyici, rehberlik edici, açıklayıcı, hastalığın nükslerine, strese karşı iç görü kazandırıcı, ilişki kuran bir psikoterapi süreci düşünülmelidir (Öztürk ve Uluşahin 2015). Hastanın yeti ve yeteneklerini kullanması ve geliştirmesi sağlanmalıdır. Hastalığın akut döneminde psikoterapisinin belirgin etkisi gösterilememiş olmakla birlikte sağaltımda destekleyici psikoterapinin ve eğitici yaklaşımlar önerilmiştir (Öztürk ve Uluşahin 2015).

Bu yaklaşımlardan birisi olan salutojenik yaklaşım Aaron Antonovsky (1923-1994) tarafından geliştirilmiştir. Ruhsal bozukluğu olan bireylerde yaşanan krizlerle mücadelede bireyin kaynakların güçlendirilmesine önem veren salutogenez model iyileşme sürecine odaklanmıştır (Witkowska-Luc 2018).

2.1. SALUTOGENEZ MODEL

Yunanca “sağlık” anlamına gelen “salus” ve "köken" anlamına gelen “genesis” kelimelerinden oluşan salutogenezis “sağlığın kökeni” anlamına gelmektedir (The Mystery of Health 2014). Aaron Antonovsky tarafından geliştirilen salutogenez model (1996), bireyin iç ve dış kaynakları ile sağlığın geliştirilmesine odaklanır (Antonovsky 1996; Bag 2017). Antonovsky’in salutogenezis kavramına ilgisi II. Dünya Savaşı’nda toplama kampından kurtulan menopoza giren İsrailli kadınları araştırması ile başlamıştır (Silva ve ark. 2008). Bu kadınların kampların olumsuz koşullarından dolayı ağır stres yaşamalarına rağmen nasıl sağlıklı kalmayı başardıklarını araştırmıştır (Silva ve ark. 2008). Antonovsky’ye göre sağlıklı olmalarının nedeni yaşam tarzı ve varoluşlarından kaynaklanmaktadır (Antonovsky 1987). Ona göre, kişilerin sağlık kaynaklarına ve üretme kapasitesine odaklanmak (salutogenesis) hastalığa neden olan faktörlere odaklanmaktan daha önemlidir. Böylece, bu kavram neden bireylerin zor ve stresli durumlar karşısında sağlıklı kalabildiklerini açıklayabilmektedir. Bu teori grup ve toplumlara da uygulanabilmektedir (Antonovsky 1987). Salutojenik teori insan kaynakları ve yaşam koşullarını gibi bireysel özellikler ve kişiler arası etkileşimi dikkate almaktadır (Antonovsky 1987). Antonovsky (1979), bireyin stresli bir dünyada sağlık - hastalık sürekliliğini nasıl sürdürdüğünü ve sağlıklı kutba doğru nasıl ilerlediğini açıklamak için bütünlük duygusu, genelleştirilmiş direnç kaynaklarından bahsetmiştir (Antonovsky 1979).

2.1.1. Bütünlük (Tutarlılık) Duygusu

Bütünlük duygusu, salutojenik teorinin temel kavramıdır. Bu kavram bireyin stresli durumlara cevap verme kapasitesini yansıtmakta olup (Antonovsky 1979). bireylerin duygusal tepkileri ve kaynakları, dünyayı anlamlandırması, gerekli kaynakları kullanması, taleplere cevap verebilmesi ile ilgilidir. Kültürel olarak uygun kaynak ve davranış seçimi ile dünyayı anlaşılır, yönetilebilir ve anlamlı görme ile sağlığa ulaşılabileceği belirtilir (Silva ve ark. 2008).

Salutogenezis modeli daha önce de bahsedildiği gibi risk faktörleri ve hastalıkları tedavi etmekten ziyade sağlığın gelişimine odaklanmaktadır. Bireyler ve gruplar güçlü bütünlük duygusu ile hastalıklar ve stresörlerle baş etmektedirler. Bu kavram her iki cinsiyet, tüm etnik gruplar, sosyal sınıflar ve kültürler için evrenseldir (Silva ve ark. 2008). Bütünlük duygusu, sağlığı teşvik etme, esnekliği güçlendirme becerisi ve olumlu sağlık durumu ile (Eriksson ve Lindström 2006) yaşam kalitesi, refah, riskli davranışlar ve sosyal destek gibi diğer kavramlarla (Silva ve ark. 2008) ilişkili bulunmuştur. Bireylerin çoğu bütünlük duygusunu yaşamın ilk on yılında geliştirse de yaşam boyunca geliştirildiğine inanılmaktadır (Antonovsky 1996).

Bütünlük duygusu üç bileşenden oluşur:

2.1.1.1. Anlaşılabilirlik (bilişsel bileşen); Anlaşılabilirlik, kişinin ne ölçüde, karşılaştığı uyaranları algıladığını, bilişsel anlamda mantıklı, bilgi olarak sıralı, tutarlı ve yapılandırılmış olduğunu gösteren bir bileşendir (Silva ve ark. 2008). Kişinin yaşam anlatılarını, bağlamını ve mevcut koşullarını anlama becerisidir (Golembiewski 2017). Anlaşılabilirlik bileşeni yüksek olan bireyler, gelecekte karşılaşabileceği durumları öngörebilir, açıklayabilir ve düzenleyebilirler (Eriksson ve Lindström 2005). Bütünlük duygusu yüksek bireyler bilgiyi ihtiyaç duyduklarında kullanılabilecek bir direnç kaynağı olarak görürler (Antonovsky 1987; Eşitmez 2014). "Anlaşılabilirlik" olmadan bireylerin yaşamın zorluklarını aşma kapasiteleri düşüktür (Golembiewski 2017). Koşulları anlama arzusu anlaşılabilirliğin özüdür (Golembiewski 2017).

2.1.1.2. Yönetilebilirlik (davranışsal bileşen); "Yönetilebilirlik", bir kişinin faturaları ödeme, sıcak ve kuru kalma, temiz ve dinlenmiş olma, beslenme ve diğer fiziksel yaşam bakımları gibi günlük fiziksel aktivitelerini yönetme yeteneğidir. Bireyde homeostaziyi korumak için temel gereksinimlere hizmet eder. Vücut ısısını, kan şekeri, hidrasyonu ve diğer somatik kaygılardan bireyi korur (Golembiewski 2017). Yönetilebilirlik, çeşitli uyaranlardan gelen taleplerin karşılanması için gerekli kaynakların, kişinin kullanımı

olarak da tanımlanır. Bu kaynaklar bireyin eşi, arkadaşları, doktoru veya tanrı gibi bireyin hayatında önemli ötekiler anlamına gelmektedir (Eriksson ve Lindström 2005). Yönetilebilirlik açısından güçlü bireyler, olaylar karşısında kendilerini mağdur hissetmez veya haksızlığa uğradığını düşünmezler. Yaşamlarında olumsuz olaylar geliştiğinde bu durumlarla baş edebilirler (Eşitmez 2014). Morrison ve Clift (2006), yüksek yönetilebilirlik duygusuna sahip olan kişilerin ya kendinin ya da çevresindeki güvenebileceği kişilerin yardımıyla sorunların üstesinden gelebileceğini ifade etmiştir (Eşitmez 2014).

2.1.1.3. Anlamlılık (motivasyonel bileşen); Kişinin hayatını duygusal olarak anlamlı hissetmesi ile ilgili bileşendir (Antonovsky 1987). Antonovsky (1979) ve Frankl'a (1963) göre "anlamlılık", yaşama arzusunun temeli, hayatı ileriye doğru iten anlam, hastalık ve ölümün kaçınılmazlığına karşı direnme arzusu olarak tanımlarlar ve bu bileşeni salutojenik kaynakların en önemlisi olarak nitelendirirler (Golembiewski 2017). Bu bileşen, bireyin anlam bulma yeteneğidir. Birey yaşamı, problemler ve istekler karşısında enerji harcamaya ve mücadele etmeye değer olarak görür (Eriksson ve Lindström 2005). Morrison ve Clift'e (2006) göre kötü deneyimler, anlamlılık duygusu yüksek kişilerin başına geldiğinde, bu kişiler bu deneyimlere karşılık vermeye hazır olup bu deneyimlerden anlam çıkarmaya ve sonuçta durumla baş etmeye kararlıdırlar (Eşitmez 2014). Anlamlılık aynı zamanda en zor olan bileşendir. Çünkü anlamı tanımlamak zordur ve bireyseldir. Anlamlılık, dış dünyayla kişisel bağlantıların, sorumlulukların ve arzuların yoğunluğunda bulunmaktadır. İnsanlar farklı sosyal gruplarda, farklı neden ve kaygılarda anlam bulur ve kaygıların nasıl sıralanması gerektiği konusunda farklı fikirleri vardır. Bu ayrımlar bireyin kimlik duygusunun temelidir. Anlamlılık olmadan, bireylerin hareket etme arzusu olmaz (Golembiewski 2017).

2.1.2. Genelleştirilmiş Direnç Kaynakları

Antonovsky (1979, s. 89–90) salutojenik modelde sağlığı tehdit eden stresörleri; "kazalar ve hayatta kalanlar; sosyal ağlarda başkalarının beklenmedik deneyimleri; içinde bulunduğumuz tarihin korkuları; intrapsişik bilinçdışı çatışmalar ve kaygılar; saldırganlık, sakatlık ve yıkım korkusu; tarihi olaylar; içinde yaşadığımız çevredeki değişimler, gelişime özgü psikososyal krizler, yaşam krizleri, yetersiz sosyalleşme, tüm sosyal ilişkilerde içsel çatışmalar, kültürel olarak teşvik edilen hedefler" olarak tanımlamıştır (Mittelmark ve ark. 2017). Genelleştirilmiş direnç kaynakları bu

stresörlerden kaçınmak ve/veya savaşmak için etkili olan kaynaklardır. Ör; kişilik özellikleri, kanunlar, sosyal destek, maddi kaynaklar (ör; para), bilgi ve zeka (ör; gerçek dünya ve edinme becerileri), ego kimliği (ör; entegre fakat esnek benlik), baş etme stratejileri, kültüre bağlılık ve bağlılık kökleri, ritüel aktiviteler, din ve felsefe (ör; hayata yönelik sorgulamalar), koruyucu sağlık yönelimi, genetik, bireylerin zihin durumu vb. (Pelikan 2017). Bu yaşam deneyimleri yaşam süresi boyunca birikir ve bütünlük duygusunu geliştirir (Eriksson ve Lindström 2005). Genel direnç kaynakları gelişmiş olan kişiler tutarlı olma eğiliminde olup dengeli yaşam deneyimleri ve karara yüksek katılım gösterirler. Buna karşılık, genel direnç kaynakları daha düşük olan bireyler tutarsız, kötü deneyimler ve karar vermeye düşük katılım gösterme eğilimindedirler. Bireyin genelleştirilmiş direnç kaynaklarının farkında olması, bütünlük duygusunun gelişimine katkıda bulunmaktadır (Idan ve ark. 2017). Salutojenik model, genel direnç kaynaklarının bütünlük duygusunu geliştirdiğini ve bütünlük duygusu ile genelleştirilmiş direnç kaynakları arasında karşılıklı ve dinamik bir ilişki olduğunu varsaymaktadır. Dolayısıyla, genelleştirilmiş direnç kaynakları bireyin bütünlük duygusu ve kişinin genelleştirilmiş direnç kaynaklarını harekete geçirmesini sağlayarak durumu yönetmeye katkı sağlayabilmektedir.

İlk genelleştirilmiş direnç kaynakları (Antonovsky 1979) yaşam deneyimleri olarak algılanabilir. Üç tür yaşam deneyiminin bütünlük duygusu gelişimine katkıda bulunduğu varsayılmaktadır. Bunlar; tutarlılık, yük dengesi ve katılım olarak belirtilmektedir. Daha sonra Sagy ve Antonovsky (2000) tarafından dördüncü boyut "duygusal yakınlık" eklenmiştir (Idan ve ark. 2017).

2.1.2.1. İlk yaşam deneyimleri - tutarlılık - Büyüme sırasında mesajların açıklığı ve düzenli yapısı ile yerleşmektedir. Bireyin hayatındaki tutarlılık deneyimleri, "anlaşılabilirlik" bileşenine temel oluşturmaktadır (Idan ve ark. 2017).

2.1.2.2. İkinci yaşam deneyimi - yük dengesi – Bireyin kaynakları ve istekleri arasındaki dengedir. Bu yük dengesi bütünlük duygusunun "yönetilebilirlik" bileşeni için önemlidir (Idan ve ark. 2017).

2.1.2.3. Üçüncü yaşam deneyimi - sonuçların şekillendirilmesine katılım - Bireyin kendi hayatına ilişkin kararlar vermesinde rolü olduğu ve başkalarının otorite ve buyruklarının nesnesi olmadığı anlamına gelmektedir. Sonuçların şekillendirilmesinde katılım, "anlamlılık" bileşeninin temelini oluşturur (Idan ve ark. 2017).

2.1.2.4. Dördüncü yaşam deneyimi (Sagy ve Antonovsky, 2000) - duygusal yakınlık - Bireyin tutarlı duygusal bağlar hissettiği ve üyesi olduğu sosyal gruplara ait olma hissini ifade etmektedir. Sonuçların şekillendirilmesine katılmaya benzer şekilde, duygusal yakınlık kaynağının "anlamlılık" bileşeniyle ilgili olduğu varsayılmaktadır (Idan ve ark. 2017).

2.1.3. Salutojenik Yaklaşım Temelli Görüşme

Salutojenik sağlık modeline temellenen ilk müdahale programı görüşme/konuşma terapisi (talk therapy)'dir. Bu program hemşire araştırmacılar Langeland, Wahl, Kristoffersen ve Hanestad (2007) tarafından geliştirilmiştir (Yamazaki ve ark. 2011). Randomize kontrollü olarak gerçekleştirilen bu çalışmada katılımcıların ruh sağlıklarında % 85 ile % 95 arasında iyileşme olduğu belirtilmiştir (Langeland ve ark. 2006). Bu uygulamanın temel amacı; katılımcıların farkındalık ve güvenlerini arttırmak, iç/dış kaynaklarını ve potansiyelleri fark etmelerini sağlayarak bütünlük duygusunu, baş etme becerilerini, ruh sağlığı ve refah düzeyini arttırmaktır. Görüşme/konuşma terapisi uygulaması ile bireysel ve kollektif direnç kaynakları görünür kılınarak stresli durumlarda gerilimin etkili yönetilmesi sağlanmaktır (Langeland ve Vinje 2017; Langeland ve ark. 2007). Langeland ve ark'larının (2007) belirttiğine göre görüşme/konuşma terapisinde temel amaç, damgalamayı önlemektir. Bireyin kendisini hastalık tanısıyla değil, deneyimleriyle kabul etmesidir. Bunu kabul etmenin çok önemli olduğunu belirten Langeland'e göre, kişinin her söylediği ve yaptığının tanısı ile ilişkili olarak yorumlanmaması gerekir. Eğer kişi tanısıyla algılanmaya başlarsa duygu ve düşünceleri ile normal bir insan olduğu düşüncesinden uzaklaşmaktadır. İnsanoğlu kendi deneyimlerini anlatarak anlam ve bütünlük kurar. Kişinin kimlik öyküsünün geliştirdiği kendi hikayelerindeki başa çıkma öyküleri vurgulanır (Langeland ve ark. 2007).

Görüşme/konuşma terapisinin başka bir önemli özelliği de kişinin iç ve dış kaynaklarını tanımlamasıdır. Böylece stresörleri daha iyi yönetmesi sağlanır. Kişinin sağlığını geliştirmek için ne yapması gerektiği vurgulanır. Bu kapsamda kaynakların bilinçli kullanımı ve destek faktörleri kişinin hayatında işlev görür. İç ve dış kaynaklar kültür, yaşam, müzik, mizah, ilişkiler, adaptif stratejiler, başa çıkma stratejileri, iyi iç diyalog, yansıma ve bilgi edinimi içerir. Ayrıca, görüşme/konuşma terapisi uygulamasını oluşturan kısımlardan birisi de bir insan hayatını anlamlandıran şeyin ne olduğunun keşfini desteklemektir. Salutojenik yaklaşım temelli görüşme/konuşma terapisi

gruplarının önemli bir kısmını ev ödevi oluşturmaktadır. Ödev bir iç ses olarak, grubun devamlılığını ve etkisini artırmaya yardımcı olmaktadır. Langeland ve ark'larına göre (2007) salutojenik yaklaşım temelli görüşmenin odak noktası, kişinin kapasitesine dikkat çekmek ve adaptasyonu aktive etme yeteneğini artırarak zorlu durumlara karşı yaratıcı çözümlerle günlük hayatta bütünlük duygusunu geliştirmektir (Langeland ve Vinje 2017).

2.2. PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK

"Pozitif psikoloji" kavramının tanımlanmasıyla XX. yüzyılın sonlarında "patogenez" anlayıştan, "salutogenez" anlayışa geçiş dönemi başlamıştır. Bu kavram zamanla gelişerek yerini "psikolojik sağlamlık", "mutluluk" ve "iyilik" kavramlarına bırakmıştır (Peker ve ark. 2015). Kökenini latinceden alan ve "resiliens (resilence)" kelimesinden türetilen psikolojik sağlamlık kavramı "esneklik ve kolaylıkla toparlanabilme" anlamına gelmektedir (Börekçi ve Gerçek 2018; Çam ve Büyükbayram 2017). Bu kavramla kişinin hayatında karşılaştığı olumsuz durumlar, zorlu süreçler ve stres oluşturan yaşam krizleri sonrası, toparlanabilme veya uyum sağlama kapasitesi ifade edilmektedir (Baş ve Yurdabakan 2017; Çapan ve Arıcıoğlu 2014). Psikolojik sağlamlık kavramı, dayanıklılık, kendini toparlama gücü, toparlanma, dirençlilik, yılmazlık, iyi oluş ve güçlülük kavramlarıyla da tanımlanmaktadır (Aktaş 2018; Çam ve Büyükbayram 2017; Kavi ve Karakale 2018; Satıcı ve Deniz 2017). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA 2019) psikolojik sağlamlığı, "bir trajedi, travma, tehdit, aile ve ilişki problemleri, ciddi sağlık problemleri veya iş ve finans problemlerinden sonra kendini adapte etme, toplama kabiliyeti, değişiklik veya felaketlerle başa çıkma yeteneği" olarak ifade etmiştir (APA 2019). Bu tanımla psikolojik sağlamlığı, bireyin doğuştan sahip olduğu bir özellikten ziyade geliştirebilecek düşünce ve davranışları içeren bir kavram olarak belirtmektedir (APA 2019). Güncel tanımı "travmatik yaşantılar sonrası pozitif (olumlu) uyum"dur (Akar 2018; Masten 2018). Bu kavram, stresli yaşam olaylarının, olumsuz durumların ve zorlu süreçlerin etkisini azaltan veya yok eden koruyucu faktörler ile de karşımıza çıkmakta olup riskler, koruyucu faktörler ve olumlu çıktılar gibi bileşenleri olan dinamik bir sistemdir (Aktaş 2018; Kavi ve Karakale 2018; Masten 2018).

2.2.1. Psikolojik Sağlamlığı Etkileyen Risk Faktörleri

Risk faktörleri, bireyin olumsuz yaşam deneyimlerini ifade etmekte olup psikolojik iyilik halini bozmaktadır (Arslan ve Balkıs 2016). Olumsuz bir olayın oluşması, sürmesi veya daha kötü bir duruma gelmesine neden olan ya da bu olasılığı artıran olay, durum veya deneyimlerdir (Kara 2019; Garcia-Izquierdo ve ark. 2017). Yapılan araştırmalarda, psikolojik sağlamlığı etkileyen risk yaratan faktörleri bireysel, ailesel ve çevresel faktörler olmak üzere üç başlık altında toplanmıştır.

Tablo 2.1: Psikolojik Sağlamlığı Etkileyen Bireysel, Ailesel ve Çevresel Risk Faktörleri

Bireysel risk faktörleri;	**Ailesel risk faktörleri**;	**Çevresel risk faktörleri;**
• Düşük zekâ düzeyi (Eryücel 2019)	• Aile sağlığı sorunları (Eryücel 2019)	• Sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması (Baş ve Yurdabakan 2017)
• Kaygılı mizaç (Eryücel 2019)	• Katı veya tutarsız disiplin yaklaşımı (Eryücel 2019)	• Toplum hizmetlerin yetersizliği (Baş ve Yurdabakan 2017)
• Sağlık sorunları yaşama (Eryücel 2019)	• Ailenin ihmal ve istismarı (Eryücel 2019)	• Olumlu sosyal rol modellerinin eksikliği (Baş ve Yurdabakan 2017)
• Düşük özgüven (Eryücel 2019)	• “Ebeveyn ve çocuk” veya “çocuk ve kardeşler” arasında yaşanan iletişim sorunları (Eryücel 2019)	• Uyuşturucu kullanımı (Baş ve Yurdabakan 2017)
• Bireyin kendini ifade etmekte güçlük yaşaması veya saldırgan kişilik yapısı (Eryücel 2019)	• En az dört çocuklu ailede yaşama	• Göç ve işsizlik (Baş ve Yurdabakan 2017)
• Erken doğum ve olumsuz yaşam olayları, (Öz ve Bahadır Yılmaz 2009)	• İki çocuk arasında yaş farkının iki yıldan kısa olması (Kara 2019; Öz ve Bahadır Yılmaz 2009)	• Yetersiz beslenme (Öz ve Bahadır Yılmaz 2009)
• Akademik başarının düşük olması (Kara 2019; Öz ve Bahadır Yılmaz 2009)	• Madde kullanan ve/veya suç işlemiş ebeveyne sahip olma (Kara 2019;	
• Alkol - ilaç kullanım bozukluğu (Kara 2019; Öz ve Bahadır Yılmaz 2009)		

- Adölesan gebelik yaşama (Öz ve Bahadır Yılmaz 2009)
- Utangaç kişilik yapısı (Öz ve Bahadır Yılmaz 2009)
- Madde kullanım öyküsü (Kara 2019; Öz ve Bahadır Yılmaz 2009)
- Düşük doğum ağırlığı (Kara 2019)
- Yüksek düzeyde ve sürekli stres altında kalma (Radke-Yarrow ve ark. 1993)
- Kronik/ruhsal hastalığın varlığı (Öz ve Bahadır Yılmaz 2009)
- Evlat edinilme (Öz ve Bahadır Yılmaz 2009),
- Kronik psikiyatrik hastalığı olan ebeveyne sahip olma (Kara 2019; Öz ve Bahadır Yılmaz 2009; Eryücel 2019)
- Ebeveynlerin boşanması (Eryücel 2019)
- Ölüm veya tek ebeveyn (Eryücel 2019)
- Aile içi şiddet (Baş ve Yurdabakan 2017)
- Genetik hastalığa sahip olma (Kara 2019; Ülker Tümlü ve Recepoğlu 2013)
- Olumsuz akran desteği (Öz ve Bahadır Yılmaz 2009)
- Yoksulluk (Ülker Tümlü ve Recepoğlu 2013)
- Evsizlik (Öz ve Bahadır Yılmaz 2009)
- Savaş (Öz ve Bahadır Yılmaz 2009)
- Afet (Öz ve Bahadır Yılmaz 2009)
- Toplumsal şiddet (Öz ve Bahadır Yılmaz 2009)

2.2.2. Psikolojik Sağlamlıkta Koruyucu Faktörler

Koruyucu faktörler, risklerin etkisini azaltmayı, ortadan kaldırmayı, bireylerin sağlıklı uyum göstermelerini, yeterliliklerini geliştirmelerini sağlayan durumları ifade etmektedir (Arslan ve Balkıs 2016; Eryücel 2019). Bu faktörler, risk faktörlerine karşı bireyin direncini iyileştiren, ortadan kaldıran, sağlıklı uyumunu sağlayan ve bireyin yeterliklerini geliştiren durumları ifade etmektedir (Kara 2019; Korkut 2007; Oktan ve ark. 2014).

Psikolojik sağlamlıkta koruyucu faktörler bireysel, ailesel ve çevresel olmak üzere üç başlık altında incelenmektedir (Eryücel 2019).

Tablo 2.2: Psikolojik Sağlamlıkta Bireysel, Ailesel ve Çevresel Koruyucu Faktörler

Bireysel Koruyucu Faktörler	Ailesel Koruyucu Faktörler	Çevresel Koruyucu Faktörler
• İyi çevresel ilişkiler kurma (Arslan 2015) • Uyumluluk (Arslan 2015) • Problem çözme becerileri (Arslan 2015) • İnançlı olma (Masten 2018) • Kaynakları stratejik olarak kullanabilme (Arslan 2015) • Olumlu duygular (Fletcher ve Sarkar 2013) • Dışa vurum (Fletcher ve Sarkar 2013) • Maneviyat (Fletcher ve Sarkar 2013) • Benlik saygısı (Fletcher ve Sarkar 2013) • Sağlığın iyi durumda olması (Rıley ve Masten 2005) • Entelektüel yeterlilik (Rıley ve Masten 2005) • İç kontrol odağı (Rıley ve Masten 2005) • Kendini anlama Rıley ve Masten 2005) • Planlama yeteneği Rıley ve Masten 2005) • Tutarlılık duygusu (Rıley ve Masten 2005)	• Aile ile olumlu ilişkiler (Arslan 2015; Çiydem 2017) • Ailesel bağlılık (Arslan, 2015) • İlgili ebeveynlere sahip olma (Arslan 2015) • Ebeveynlerin birlikte olması ve birlikte hareket edilebilmesi (Arslan 2015) • Ailenin görev paylaşımı yapması ve görevlerin yerine getirilmesi (Arslan 2015)	• Toplum desteği (Öz ve Bahadır Yılmaz 2009) • Olumlu akran desteği (Öz ve Bahadır Yılmaz 2009) • Aile dışından bir yetişkinle olumlu yakın bir ilişki kurmak (Öz ve Bahadır Yılmaz 2009;)

- Zekâ- bilişsel yetenek (Öz ve Bahadır Yılmaz 2009)
- Problem çözme becerisi (Öz ve Bahadır Yılmaz 2009)
- Mizah (Öz ve Bahadır Yılmaz 2009)
- İyimserlik (Öz ve Bahadır Yılmaz 2009),
- Umutlu olma (Kara 2019; Öz ve Bahadır Yılmaz 2009),
- Akademik yeterliliğin olumlu algılanması (Öz ve Bahadır Yılmaz 2009)
- Empati (Öz ve Bahadır Yılmaz 2009)
- Yardımseverlik (Öz ve Bahadır Yılmaz 2009)
- Özyetkinlik (Gizir 2007)
- Özfarkındalık (Gizir 2007)
- Özerklik (Gizir 2007)

2.2.3. Psikolojik Sağlamlık ve Olumlu Sonuçları

Olumlu sonuçlar, bireyde mevcut olan iç ve dış koruyucu faktörler aracılığıyla risk faktörlerinin etkisini azaltması ile elde edilen yeterliliklerden oluşturmaktadır (Eryücel 2019; Ülker Tümlü ve Recepoğlu 2013). Bunlar, kişinin gelişimini sağlıklı olarak yapması, kurallara uygun davranışlar göstermesi, akademik olarak başarılı olması, sosyal yardım çalışmalarına katılması, suç işlemekten kaçınması, duygusal problemlerinin az olması, iyilik hali ve mutluluk duygusuna sahip olması, olumlu sosyal ilişkiler/sosyal yeterliğinin olması, eğitimine devam etme isteği ve davranışı göstermesi, yaşamdan doyum alması, akranları tarafından kabul görmesi, bireyin kendi kabulünü gerçekleştirmesi, psikopatolojinin bulunmaması gibi olumlu sonuçlar olabilmektedir (Arslan 2015; Gizir 2007; Ülker Tümlü ve Recepoğlu 2013).

2.3. ŞİZOFRENİDE SALUTOJENİK YAKLAŞIM, BÜTÜNLÜK DUYGUSU VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK

Şizofrenideki iyileşme sürecine vurgu yapan araştırmacılar salutojenik yaklaşımla yapılan araştırmalara gereksinim olduğunu bildirmiş olup (Witkowska-Luc 2018) patojenik olduğu düşünülen faktörlerin ortadan kaldırılmasına dayanan biyomedikal modelden farklı olarak, bireyin sağlığına katkıda bulunan faktörlerin araştırılması üzerinde durmuştur (Witkowska-Luc 2018). Jormfeldt (2011) ruh sağlığı profesyonelleri tarafından tanıya (patogenezis) odaklanmaya karşı kişiye (salutogenesis) odaklanmayı şöyle açıklamaktadır; şizofreniye biyomedikal bakış açısıyla bakıldığında, tedaviye uyum vurgulanmaktadır. Salutojenik bir bakış açısıyla bakıldığında ise bireyin geçmişini, isteklerini de içeren kendi deneyimine, rüyalarına, şimdi ve burada deneyimine dikkat çekilmektedir. Bu yaklaşıma göre ilaç uygulanan kişinin hedeflerini başarması için desteklenmesi gereklidir (Jormfeldt 2011). İsveç'te şizofreni veya şizoaffektif tanılı bireylerde yapılan bir çalışmada, bütünlük duygusu yüksek olan kişilerde psikopatolojik belirtilerinin daha az olduğu belirtilmiştir (Bengtsson-Tops ve ark. 2005). Şizofreni tanılı yetişkin çocukları olan ebeveynler ile yapılan başka bir çalışmada ise bu bireylerin stresle baş etmede farklı yollar kullanmaları ile ilgili bulgular ilgi çekicidir. Bu ebeveynlerde problem odaklı baş etme ile bütünlük duygusu arasında pozitif ilişki belirlenmiştir. Ebeveynin duygu odaklı ve kaçınma baş etme biçimleri ise daha düşük bütünlük duygusuyla karakterize olup daha sık görülmektedir (Kasperek-Zimowska ve Chadzynska 2011). Bengtsson-Tops ve Hansson (2001), şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanılı 120 kişiden oluşan 18 aylık süren başka bir çalışmada bütünlük duygusunun yaşam kalitesi, genel sağlık durumu, refah, işlevsellik ile pozitif ilişkili olduğu ve psikopatoloji ile negatif ilişkili olduğunu bulmuşlardır (Bengtsson-Tops ve Hansson 2001). Menzies, (2000) psikiyatri hemşiresinin şizofreni tanılı bireylerle salutojenik yaklaşımı kullanarak semptom ve problemlerle baş etme hakkında konuşmasının, bireyin umutlarını geliştireceğini, yeteneklerini ve becerilerini destekleyeceğini, benlik saygısını yükselteceğini, kimlik gelişimine ve bütünlük duygusuna katkıda bulunacağını belirtmektedir (Menzies 2000). Landsverk ve Kane (1998) şizofreni hastalarında salutogenez model ile stresi azaltma becerileri, atılganlık ve semptomları tanımaya temellenen psikoeğitimden bahsetmişlerdir. Bu program sosyal destek ve destekleyici ortam ile farkındalığı arttırmak ve kişinin mevcut kaynaklarını

tanımlanmasını, değerlendirilmesini ve kullanılmasını amaçlamakta olup paylaşmayı vurgulayarak başa etme öykülerini, olumlu algılarını ve öz-güveni geliştirmektedir (Landsverk ve Kane 1998). Griffiths (2009), konuşma terapisinin şizofreni, psikoz, bağımlılık ve depresyon gibi çeşitli ruhsal bozukluğu olan bireylerin rehabilitasyonunda bütünlük duygusunu geliştiren uygulamalardan birisi olabileceğini belirtmektedir (Griffits 2009).

Şizofrenide bütünlük duygusuyla birlikte psikolojik sağlamlık da önemlidir. Şizofreni spektrumundaki ruh sağlığı sorunları, bireylere aşırı sıkıntı veren, yaşam boyu süren, bireysel ve toplumsal maliyetleri artıran sorunlardır (Millier ve ark. 2014). Stres, bu hastalığın olumsuz psikolojik etkilerini daha da kötüleştirmektedir (Bolton ve ark. 2007). Bu stresler; dışsal (Ör: finansal baskılar), içsel (ör: farklı halüsinasyon türleri) ya da toplumsal (ör: stigma, hastanede yatış prosedürleri) olabilmektedir (Gooding ve ark. 2017). Aynı zamanda şizofreni tanılı bireylerde oldukça yaygın olan birden çok intihar girişimi ve intihar düşünceleri olabilmekte ve ölümle sonuçlanabilmektedir (Qin 2011). Ancak bu durum stres etkeni yaşayan her şizofreni hastasının, stresle baş edemediği anlamına gelmemektedir. Bu nedenle, şizofreni hastalarında stresörlere karşı psikolojik sağlamlık sağlayan faktörlerin belirlenmesi önemlidir (Gooding ve ark. 2017).

Psikolojik dayanıklılığın, olumsuz stresler veya olumsuz yaşam olayları karşısında çalışan koruyucu bir mekanizma olduğu düşünülmektedir (Gooding ve ark. 2017). Şizofreni tanılı bireylerin stresle ve zor durumlarla baş etmelerini sağlamak için müdahalelerin geliştirilmesi ve daha fazla strese maruz kalmalarının engellenmesi ile mümkün olmaktadır. Olumlu ve etkili sağlık profesyoneli-hasta iletişimi psikolojik sağlamlık açısından önemlidir (Gooding ve ark. 2017).

Ruh sağlığı sorunları yaşayan bireylerde psikolojik dayanıklılığı artırmanın önemli bir toplumsal amaç olduğu belirtilmektedir. Bu konuda uygulanacak girişimlerin olumsuz iç ve dış stresler karşısında psikolojik dayanıklılığı artıran faktörlerin anlaşılması durumunda başarılı olacağı bildirilmektedir (Cranwell ve ark. 2016; Gooding ve ark. 2017). Psikolojik dayanıklılık müdahaleleri, psikolojik ve sosyal süreçleri etkilenmekte olup genellikle davranış değiştirme teknikleri, beceri eğitimi, bilgi paylaşımı, uygulama, davranış modellemesi, stres yönetimi ve sosyal destek sağlanması ile gerçekleşmektedir (Graber ve ark. 2015).

Salutogenezis gibi pozitif sağlık yaklaşımları, bazı kişilerin diğerlerine karşı neden başarılı olduklarına veya sağlıklı kaldıklarına odaklanır. Sağlığa pozitif sağlık yaklaşımlarından birisi de dayanıklılığı artırmakla mümkündür (Roy ve ark. 2017). Lindström ve Eriksson (2006), psikolojik dayanıklılık ve bütünlük duygusunun, aynı madalyonun iki tarafını temsil eden iki kavram olduğunu vurgulamıştır. Ancak daha sonra yapılan çalışmalarda (Eriksson ve Lindström 2011), her ikisinin de olumlu yönde sağlık gelişimine katkıda bulunan iki farklı kavram olduğunu gösterilmiştir (Jakovljevic 2018). Lindström ve Eriksson (2010), salutogenezi bir "şemsiye" olarak tanımlamakta, hangi kavramların ve teorilerin bir araya geldiğini ve sağlığın nasıl korunacağını, güçlendirildiğini veya riske girdiğini anlamamıza katkı sağlamaktadır. Salutogenezis, yalnızca tutarlılık duygusu ile ilgili değil, aynı zamanda "güçlendirme", "öz-yeterlik", "yaşam kalitesi", "esneklik", "refah", "yetkinlik" gibi bir çok kavrama da değinmektedir. Bütün bu yapıların salutojenik boyutlarla ilgili olduğu ve sağlığın tanımlanması, açıklanması, analiz edilmesi ve teşvik edilmesinde önemli katkılar sağladığı kabul edilmektedir (Jensen ve ark. 2017).

Lundman ve ark. (2010), psikolojik sağlamlığın, bireylerin olumsuz deneyimlerden sonra sağlıklı olmalarını neyin kolaylaştırdığını açıklarken, bütünlük duygusu ise sağlık - hastalık döngüsünde ruh sağlığını geliştirmeyi kolaylaştıran durumları tanımlamaktadır (Fossion ve ark. 2014). Bütünlük duygusu ve psikolojik dayanıklılık; kapasite, süreç ve sonuç anlamına gelen, psikobiyolojik kavramlarla yakından ilişkilendirilmektedir. Bazı yazarlar tarafından, bütünlük duygusu, psikolojik sağlamlılığın bir parçası olarak salutojenik teorinin özü olarak görülmektedir. Genellikle stresli bir olay, sıkıntı veya hastalık ile olumlu sonuçlar arasındaki ilişkiyi düzenleyen koruyucu faktörler veya salutojenik faktörler süreci oluşturmaktadır (Jakovljevic 2018).

Psikolojik sağlamlık aynı zamanda bir bütünlük durumunu sağlama ve / veya sürdürme yeteneği olarak da anlaşılabilmektedir (Jakovljevic, 2018). Bireylerin ve toplumların sadece zorluklara karşı hayatta kalma ve uyum sağlamalarının değil, belirli bir olumsuzluğun üstesinden gelme, büyüme ve gelişme (travma sonrası büyüme) de sağlamaktadır. Psikolojik sağlamlık veya salutogenezisin yanı sıra, pozitif psikolojik yaklaşımda yaşam kalitesi, kültürel ve sosyal kaynaklar, sosyal katılım, öz yeterlilik, güçlendirme, bağlılık ve güçlendirme gibi kavramlar da bulunmaktadır. Bu yaklaşımların her biri kendi teorilerini güçlendirmek için farklı yapılar kullansalarda hepsinin amacı

refahın artmasıdır. Bu ortaya çıkan araştırma alanı, DSÖ tarafından “varlık temelli yaklaşım” olarak adlandırılmıştır (Roy ve ark. 2017).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, şizofreni tanılı bireylerde salutojenik yaklaşım temelli görüşmenin bütünlük duygusu ve psikolojik sağlamlığa etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni, salutojenik yaklaşım temelli görüşme; bağımlı değişkenleri ise, şizofreni tanılı bireylerin bütünlük (tutarlılık) duygusu ve psikolojik dayanıklılık düzeyidir.

3.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Salutojenik yaklaşım temelli görüşmeye katılmış olan şizofreni tanılı bireylerin bütünlük duygusu artacaktır.

H2: Salutojenik yaklaşım temelli görüşmeye katılmış olan şizofreni tanılı bireylerin psikolojik sağlamlığı artacaktır.

3.4. Araştırmanın Türü

Araştırma deneysel araştırma tiplerinden ön test-son test kontrol gruplu tasarımda gerçekleştirildi.

3.5. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Eylül 2018-Haziran 2020 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırma verileri, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bir Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde (TRSM) 31 Aralık 2018 – 31 Aralık 2019 tarihleri arasında toplandı. Araştırmanın gerçekleştirildiği kurum, duygu-durum bozuklukları, şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar gibi kronik ruhsal bozukluğu olan bireylere, psikososyal destek hizmetlerinin verildiği, takip ve tedavilerin yapıldığı ve sosyal rehabilitasyonların ücretsiz olarak sunulduğu bir merkezdir.

Bu merkezde, hastaların hastaneye yatışı olmadan, sosyal ortamlarında tedavisinin yapılması, eğitim, rehabilitasyon ve takibinin yanı sıra, toplum içinde aktif rol almalarına yardımcı olma, üretime katılan bireyler olabilmesini sağlama amaçlanmıştır. Bu kapsamda merkezde 1 psikiyatri hekimi, 1 psikolog, 1 sosyal hizmet uzmanı, 1 iş ve uğraş terapisti, 2 hemşire hizmet vermektedir. Bu merkezde, bireysel danışmanlık

hizmeti, bireysel ve grup terapileri, paylaşım ve destek grupları, kurslar, toplumsal farkındalık kazandıracak eğitimler, tedavi sürekliliği için düzenli doktor kontrolü, randevusuz poliklinik hizmeti, hasta hakları konusunda bilgi verme ve yönlendirme, düzenli ev ziyaretleri yapma, sosyal kurum ve kuruluşlarla iletişim gibi hizmetler sağlanmaktadır. Merkezde, ruh sağlığı (erişkin psikiyatri) poliklinik hizmetinin verildiği bir oda, hastaların kafeterya olarak kullanıldığı serbest zaman geçirebilecekleri bir oda, grup terapileri ve diğer rehabilitasyon uygulamalarında kullanabilecekleri 2 adet oda ve kurum personelinin kullandığı 2 adet personel odası ve 1 adet tuvalet bulunmaktadır.

Çalışmanın gerçekleştirildiği tarihlerde TRSM'ye kayıtlı şizofreni ve benzeri psikotik bozukluğu olan 113 kadın ve 178 erkek hasta; duygu-durum bozukluğu olan 100 kadın, 86 erkek hasta bulunmaktaydı.

3.6. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Evren, araştırmanın yapıldığı tarihlerde TRSM'ye kayıtlı ve düzenli devam eden şizofreni ve benzeri tanılı bireylerden oluştu (N=72). Araştırma örneklemini, araştırmaya alınma ölçütlerine uyan şizofreni tanılı bireyler oluşturdu. *Araştırmaya alınma ölçütleri,* 18-65 yaş arasında olma, şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanısı olma, akut tedavisini tamamlayıp idame ilaç tedavisi döneminde olma; *araştırmadan dışlanma ölçütleri;* psikotik alevlenme döneminde olma, mental retarde olma, alkol-madde etkisinde olma, kişilik bozukluğu tanısı olma, TRSM hekim ve hemşireleri trafından grup çalışmasına katılması uygun olmama olarak belirlendi.

Araştırmanın örneklem sayısı PS version 3.0 paket programında yapılan power analiz sonucunda belirlendi. Bunun için literatürde bütünlük duygusunun incelendiği çalışmalardaki standart sapma değerleri baz alınarak 19.00 standart sapma (Forsberg ve ark. 2010) ve 13 puanlık artış beklenerek 0.05 alfa (tip I hata olasılığı), 0.80 beta (tip II hata olasılığı) düzeylerinde örneklem sayısı her bir grup için en az 19 olarak belirlendi. Araştırmaya katılanların çalışmayı yarıda bırakma olasılığı göz önüne alınarak çalışmaya her bir grup için 30 kişinin alınmasına karar verildi ve araştırmanın örneklemini 60 kişi oluşturdu.

Randomizasyon

Girişim ve kontrol gruplarını ayırmak için 1'den 60'a kadar bir liste hazırlandı. Girişim-kontrol grubunun ayrımında basit rastgele örnekleme yöntemi kullanıldı.

Örnekleme alınacak numaralar www.random.org sayı üret ile belirlendi. Girişim ve kontrol grubunu oluşturulan sayılar aşağıdaki şekilde oluştu.

Girişim grubu: 1, 3, 4, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 22, 27, 28, 30, 32, 33, 37, 38, 41, 43, 48, 50, 51, 53, 55, 56, 58, 60

Kontrol grubu: 2, 5, 6, 8, 9, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 29, 31, 34, 35, 36, 39, 40, 42, 44, 45, 46, 47, 49, 52, 54, 57, 59

Çalışma sürecinde girişim grubundan 7'si ilk oturumdan sonra grup oturumlarına katılmadı, 1'i son test formlarını doldurmadı, kontrol grubundan ise 2'si ön test formlarını, 1'i ise izlem sonrası formlarını doldurmayarak çalışmadan ayrıldı (drop out). Çalışma, girişim grubu 22, kontrol grubu 27 kişi ile tamamlandı.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, hasta tanım formu, bütünlük (tutarlılık) duygusu ölçeği ve kısa psikolojik sağlamlık ölçeği ile toplandı.

3.7.1. Hasta Tanıtım Formu

Hastanın yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çocuğu olup olmadığı, mesleği, çalışma durumu, kiminle yaşadığı, yatış sayısı, kaç yıldır şizofreni hastası olduğuna ilişkin bilgileri içeren formdur (Ek-1).

3.7.2. Bütünlük (Tutarlılık) Duygusu Ölçeği (BDÖ)

Antonovsky (1987) tarafından geliştirilen bütünlük duygusu ölçeği, 1 ve 7 arasında değişen toplam 13 maddeden oluşan bir öz değerlendirme ölçeğidir. Ölçek, alt ölçek puanların kullanmasına ve toplam puan alınmasına izin vermektedir. Yüksek ölçek puanı, bireyin bütünlük duygusunun yüksek olduğunu göstermektedir. Orijinal ölçeğin güvenirlik çalışmalarında ölçeğin iç tutarlık katsayılarının "anlamlılık" için .62, "yönetilebilirlik" için .54, "anlaşılabilirlik" için .57 ve ölçeğin tamamı için .69 olarak hesaplanmıştır. Scherler ve Lajunen (1997) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Scherler ve Lajunen'in (1997) örneklemini 152 Türk üniversite öğrencisinin oluşturduğu kültürlerarası çalışmada, ölçeğin "doğrulayıcı faktör analizinde" üç faktörlü bir yapıda (anlamlılık, yönetilebilirlik, anlaşılabilirlik) olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada her bir alt ölçek için iç tutarlılık katsayılarının "anlamlılık" için .67, "yönetilebilirlik" için .57 ve

“anlaşılabilirlik” için .60 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin tamamı için iç tutarlılık katsayısı .80 olarak belirlenmiştir. Mevcut çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ise .61 olarak belirlendi (Ek-2).

3.7.3. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ)

Smith ve ark. (2008) tarafından bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, 5’li likert tipinde ("Hiç uygun değil" (1), "Uygun Değil" (2), "Biraz Uygun" (3), "Uygun" (4), "Tamamen Uygun" (5)), toplam 6 maddeden oluşan bireyin kendini değerlendirdiği bir ölçme aracıdır. KPSÖ’de tersten kodlanan maddeler (“2, 4, ve 6. Maddeler”) düzenlendikten sonra hesaplanan puanın yüksek olması bireyin yüksek psikolojik sağlamlığa sahip olduğunu göstermektedir. Ölçek, dört farklı çalışma grubunda geliştirilmiş olup yine dört farklı grupta geçerlik-güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin, yapı geçerliği “açımlayıcı faktör analizi” ile belirlenmiştir. Analiz sonucu, dört farklı örneklem grubu için sırasıyla, toplam varyansın “% 61, % 61, % 57 ve % 67’sini” açıklayan tek faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ölçek maddelerine ilişkin faktör yükleri ise, .68 ile .91 arasında değişen değerlerde hesaplanmıştır. Ölçeğin güvenirliği belirlemek amacıyla iç tutarlık ve test tekrar test yöntemleri kullanılmış olup iç tutarlık güvenirlik katsayısı .80 ile .91 arasında, test tekrar test güvenirlik katsayısı ise, .62 ile .69 arasında farklılaşan değerler hesaplanmıştır. Ölçüt bağıntılı geçerlik için diğer ölçekler ile KPSÖ arasındaki ilişkilere bakılmıştır. Buna göre KPSÖ ile, iyimserlik, ego sağlamlığı, sosyal destek, yaşam amaçları, olumlu duygular ve olumlu baş etme stratejileri arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler belirlenmiştir. KPSÖ ile, kötümserlik, olumsuz duygular, depresyon, anksiyete, olumsuz baş etme stratejileri ve algılanan stres arasında ise negatif yönde anlamlı ilişkiler belirlenmiştir. Doğan (2015) tarafından Türkçe‘ye çevrilerek geçerlilik ve güvenirlilik çalışması yapılmıştır. Ölçekte Türkçe KPSÖ’nün iç tutarlık katsayısı, .83 olarak belirlenmiştir. Ölçek maddelerinin faktör yükleri ise, .63 ile .79 arasında değişen değerlerde hesaplanmıştır. Mevcut çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .70 olarak belirlendi (Ek-3).

3.8. Araştırma Süreci

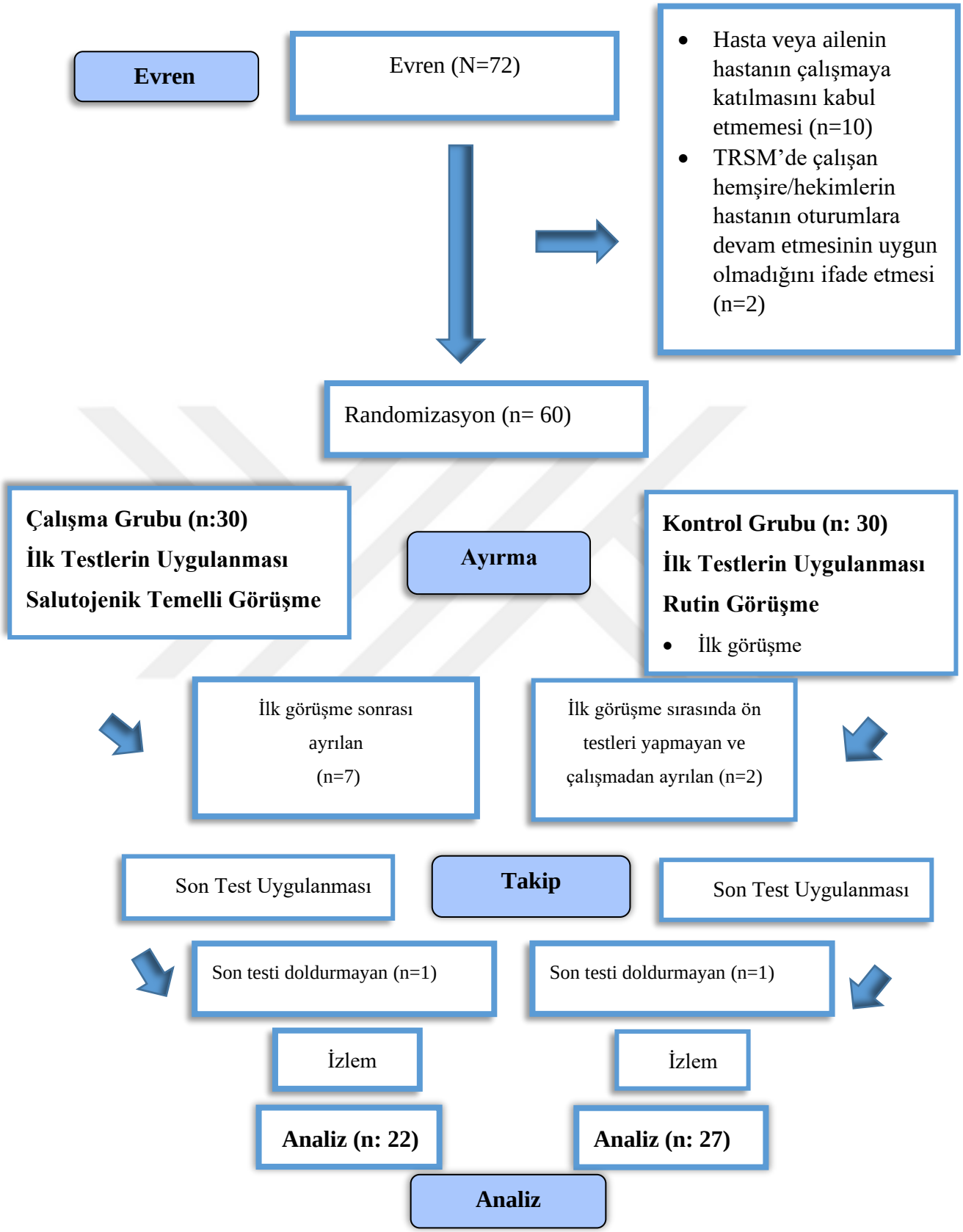
Girişim ve kontrol grubuna grup çalışması öncesi ön testler (hasta tanıtım formu, BDÖ, KPSÖ) uygulandı. Girişim grubunda olan bireyler 15 ‘er kişiden oluşan 2 adet gruba ayrıldı. Her bir gruba TRSM’de uygulanan rutin rehabilitasyon faaliyetlerine ek olarak 16 oturumdan oluşan salutojenik yaklaşım temelli görüşme haftada iki kere olmak

üzere 8 hafta boyunca uygulandı. Grup oturumları 45-90 dk. arasında sürdü. Gruplar, grup yöneticisi (doktora tez öğrencisi) tarafından aynı gün içerisinde farklı zaman dilimlerinde yönetildi. Grup oturumuna katılmayı kabul eden bireyler, grup kurallarını sözlü ve yazılı olarak onayladı. Bu kurallar; zorunlu bir sebep olmadıkça grup oturumlarına zamanında gelmek ve devam etmek, cep telefonumu sessize almak, grupta yapılan etkinliklere ve tartışmalara katılmak, diğer grup üyeleri konuşurken onların sözünü kesmemek, grup tartışmalarında söz alarak konuşmak, gruptaki diğer bireylerin özel yaşamı ile ilgili bir sırrı başkalarına anlatmamak ve yaşantıları ile ilgili yargılamamak ya da eleştirmemekti.

Hastalarla her grup toplantısı öncesinde telefonla iletişime geçilerek grubun başlama tarihi ve saati hatırlatıldı. Hastaların programa devamlılıklarını sağlamak için her grup oturumu öncesinde grup yöneticisi tarafından yiyecek ve içecek ikramları yapıldı. İlk oturum öncesinde hastalara kalem, not defteri gibi uygulama sürecinde kullanacakları malzemeler verildi. Her grup oturumdan 45 dk önce dinlendirici müzikler eşliğinde grup ortamı hazırlandı. Bu hazırlık sürecinde sandalyelerin düzeni sağlandı; grubun kuralları, oturumun konusu ve bir önceki oturumda verilen ödev/ler tahtaya yazıldı; hazırlık sırasında odaya gelen girişim grubundaki şizofreni tanılı bireylerle günlük yaşamları üzerine kısa sohbetler gerçekleştirildi. Bu sohbetler sırasında hastaların olumlu yönleri ve gelişimleri vurgulanmaya özen gösterildi. Grup toplantıları sırasında hastaların söz alımını kolaylaştımak için küçük bir top kullanıldı. Hastalar bu top sayesinde, top kimde ise sözün o kişide olduğunu ve o kişiyi dinlemeleri gerektiğini, top kendisinde ise konuşması gerektiğini anlayarak hareket etti. Bu basit uygulama grup oturumu düzenini sağlamada kolaylaştırıcı oldu. Aynı zamanda grup içerisinde konuşmak konusunda tereddütü olan bireylerin aktif katılımını sağladı. Etkinlik süresince katılımcılar lider tarafından gözlendi ve ilgisi dağılan bireylerin kısa bir ara sonrasında oturuma devam etmesi sağlandı. Her bir oturumda öncelikle bir önceki oturumdan kalan ev ödevleri hakkında görüşüldü. Daha sonra o haftaki oturum ile ilgili görüşme yapıldı. Eğer önceki oturumlardan birine katılmayan varsa katılamadıkları oturumlar özetlenerek ev ödevlerini paylaşmaları sağlandı. 16 oturum tamamlandığında ve 1 ay sonra girişim grubuna BDÖ, KPSÖ tekrar uygulandı.

Kontrol grubu ise TRSM'de uygulanan rutin rehabilitasyon faaliyetlerine devam ettiler. Kontrol grubu ile toplam beş defa görüşüldü. İlk görüşmede hastalarla tanışıldı

ve hasta tanıtım formu (Ek-1), BDÖ (Ek-2), KPSÖ (Ek-3) uygulandı. İkinci ve üçüncü görüşmede hastalarla genel görüşmeler yapıldı. Bu görüşmelerde hastaların genel durumları, TRSM faaliyetlerine katılıp katılmadıkları hakkında konuşuldu. Girişim grubunun oturumlarının tamamlandığı dönemde gerçekleştirilen dördüncü görüşmede ve 1 ay sonra izlem aşamasında gerçekleşen son görüşmede BDÖ ve KPSÖ ölçekleri tekrar uygulandı.



Şekil 3.1: Araştımanın Uygulama Şeması

3.8.1. Salutojenik Yaklaşım Temelli Görüşme Programı

3.8.1.1. Salutojenik Yaklaşım Temelli Görüşme Programının İçeriği

Bu programının amacı, katılımcıların potansiyeli, iç ve dış kaynakları kullanma becerileri hakkında farkındalıklarını ve bütünlük duygusunu, stresle baş etme becerilerini arttırarak ruh sağlığını yükseltmektir. Grup toplantısı şeklinde planlanan salutojenik yaklaşım temelli görüşme 16 oturum ve ev ödevlerinden oluşur. Her bir oturumun yaklaşık 60-90 dk arasında sürer. Toplantılarda bütünlük duygusu ve baş etme üzerine odaklanılır. İlk toplantıda grubun amacı ve yapısı sunulur. Son toplantıda özetleme yapılır. Ödevler, grubun devamlılığını sağlayarak grupta konuşulanların etkisinin devam etmesini sağlar.

Müdahalenin beş temel bileşeni bulunmaktadır.

(1) Sağlığın sürekliliği

(2) Kişinin hikayesi

(3) Sağlığı geliştirici faktörler

(4) Gerilim ve zorlanmanın sağlığı geliştirici gücünü anlamak

(5) Aktif adaptasyon

İyileşme için önerilen geleneksel terapide olumsuz yaşam olayları, teşhis ve ilaç konularına daha çok ağırlık verilir. Salutojenik yaklaşım temelli görüşmede ise kişinin kaynakları ve baş etme potansiyeli ele alınır ve iyileşme süreci için üç iyileşme faktörüne odaklanılır. Bu faktörler, katılımcıların,

(1) kendilerini sadece bir tanı ve hastalıktan daha fazlası olarak algılaması,

(2) kendilerini keşfetmek ve diğer kişilerin kendilerini keşfetmelerine saygı duyulması,

(3) kendi hayatları üzerinde kontrol sahibi olmasıdır.

Müdahalede, ruh sağlığı hemşireleri grup liderleri olarak yer alırlar. Görüşmelerde odak nokta terapötik konuşmalardır (Langeland ve ark. 2007). Bu çalışmada kullanılan salutojenik yaklaşım temelli görüşme programında kültüre özgü bazı değişiklikler yapılarak orijinal programa bağlı kalınmıştır (Tablo 3.1). Ayrıca ruh sağlığı ve psikiyatri

hemşirelerinin uygulamaları için hazırlanan şizofreni tanılı bireylere yönelik salutojenik yaklaşım temelli görüşme programı kitapçığı Ek-4'te verildi.

Tablo 3-1: Salutojenik Yaklaşım Temelli Görüşme Programı

Oturum	İçerik; Şimdi ve Burada Temalarından Örnekler	Hedefler	Ödevlerin İçeriği	Hedefler
1. Oturum	Oturumların yapısı hakkında bilgi vermek.	Diğer grup üyeleri ile tanışmak.	Ödevler hakkında bilgi vermek	Ödevin amacını anlamalarını sağlayarak, kişileri motive etmek.
2. Oturum	Can sıkıntısı, yalnızlık ve üzüntü gibi duygularla nasıl baş edersiniz?	Bu duyguların doğal olduğunu anlamak ve kabul etmek. Bu duygular azaldığında diğer duyguların oluştuğunun farkında olmalarını sağlamak.	Günlük yaşamınızda daha rahat ve iyi hissetmek için neler yapıyorsunuz? İsteklerinizi gerçekleştirmek için neye ihtiyacınız var?	Kişilerin iyi deneyimlerinin ve ihtiyaçların farkında olmasını ve isteklerini gerçekleştirmek için harekete geçmesinin bilincini arttırmak.
3. Oturum	İş bulmak için fırsatları tartışmak.	Bu konuda rehberlik almasının işe yarayabileceğini farkettirmek.	Geçen hafta içinde kendinizi iyi hissettiğiniz bir etkinliği açıklayınız.	Tatmin olma duygusu ve baş etme isteklerine dikkat çekmek.

4. Oturum	Baş etme öykülerini sormak Ör; karanlıktan korkan bir katılımcının, karanlıkla nasıl baş ettiğini anlatması	Başa etmeye dikkat çekmek ve bu deneyiminin diğer zor durumlarda da kullanılabilir olduğunu farkettirmek.	Bu hafta boyunca size bakım veren kişileri düşününüz. Bu kişilerle ilişkilerinizde oluşan zor durumlarla nasıl baş ediyorsunuz?	Kişiler arası ilişkilerinde kişisel yeteneğinin farkında olmak.
5. Oturum	Endişeleriniz, kafanızda oluşan sesler gibi semptomlarınız ile nasıl baş edersiniz? Hangi durumlarda belirtileriniz azalır?	Kişinin kendi durumunu ve zorluklarını dikkate alarak çıkış yolu bulmasını sağlamak.	Seçme şansınız olsaydı, ne yapardınız?	Bireylerin İhtiyaçlarının ve isteklerinin farkında olmasını sağlamak.
6. Oturum	İş görüşmesi gibi önemli bir görüşmeyi nasıl yönetirdiniz?	Başa çıkma becerisinin güçlendirilmesi, zorluklara karşı planlama yapma ve yönetme becerisi kazandırmak.	"Günlük yaşamda neler yapıyorsunuz" sorusuna nasıl bir cevap verirsiniz?	Günlük yaşam aktivitelerinin farkında olmak ve ilişkileri için hayali bir zemin hazırlamak.

7. Oturum	İyi ilişkiler hakkında konuşmak Ör: A katılımcısı torunu ile iyi ilişkilerini anlatıyor.	Kişinin kendi sosyal ağlarının farkında olması, bu ilişkilerin yaşam kalitesi ve baş etmesini nasıl etkilediğini anlamak.	İyi olarak tecrübe ettiğiniz bir gününüzü tanımlayınız.	İyi içsel duyguların artırılması bu duyguların varlığının bilincinde olmak.
8. Oturum	Nasıl övgü alırsınız?	Olumlu geribildirimleri algılamaya teşvik etmek ve böylece güvende hissetmek.	Sizin için değerli birinin size; "Bu ilişki için sana minnettarım" dediğini düşününüz.	Baş etme kaynakları olan mevcut kişisel İlişkilerin farkında olmak.
9. Oturum	Zor bir durum ile nasıl baş edersiniz. Bu durumla baş etmek için nasıl seçim yaparsınız?	Bir seçimin sorumluluğunu dikkate almak	Sizin hayatınızda önemli olan nedir?	Seçme yeteneğini artırarak anlamlı bir şeyler yapmayı seçmek.
10. Oturum	Arkadaşlarınızla ilişkileriniz-de kibar ve kararlı bir şekilde nasıl sınır ayarlarsınız?	Bireyin kendi sınırlarının bilincinde olmasını sağlamak.	Aktivite ve dinlenme ihtiyaçlarını nasıl karşılıyorsunuz?	Bireyin ihtiyaçlarını ve duygularını göz önüne alarak kendi kontrolünü ele almasını sağlamak.
11. Oturum	Uyku sorunları ile nasıl baş ediyorsunuz?	Aynı sorunu yaşayan diğer katılımcıları dinlemek.	Kendinizi hayali bir yolculuğa çıkarınız. Bu yolculukta kendinize günlük hayatınızda	Kişinin hayallerinin farkında olmasını sağlamak.

			en az bir kez ne yapmak veya deneyimlemek istediğinizi söyleyiniz?	
12. Oturum	Bir aile geleneği olan düğün gibi bir etkinlikte ile nasıl davranırsınız?	Hayal ederek baş etme yeteneğinin farkına varmak.	Hayatınıza olumlu etkisi olan bireyler kimlerdir?	Güçlerinin ve kaynaklarının farkında olmak. Kişilerarası ilişkiler ve ilişki kurma biçimini tartışmak.
13. Oturum	Alış-veriş için markete gittiğinizde neler yaparsınız?	Kendi ihtiyaçlarını karşılayan zor bir eylemle baş ederek bütünlük duygusunu arttırmak.	Başka birini nasıl memnun edersiniz?	İnsan ilişkilerini geliştirerek bireyin bilişsel aktivitelerini arttırmak.
14. Oturum	Bir gününüzü nasıl organize edersiniz?	Günlük yaşamda kişinin kaynakları farkettirmek	Gruba katıldıktan sonra ne gibi olumlu özelliklerinizi keşfettiniz?	Kişinin güçlü ve iyi duygularını yansıtmasına izin vermek.
15. Oturum	İyi deneyimlerin hakkında konuşalım. Ör: A katılımcısı yolculukla ilgili iyi bir deneyimini söylemek isteyebilir.	İyi duyguların önemini kavramak.	Gelecekte kendiniz için belirlediğiniz hedefleriniz nelerdir?	Tek başına hedefleri olabileceğini ve bu hedeflere ulaşabileceğini yansıtmak.

16. Oturum	Özetleyerek tüm gruba geri bildirimde bulunulur.	Katılımcıların gruptan biriyle iletişim kurmak isteyip istemediğinin farkında olmak.	Grubun sizin için anlamı nedir?	İyi deneyimlerin farkında olmak. Yeni durumlarda bu deneyimlerin kullanılabileceğinin mümkün olduğunu anlamak.

3.8.1.2. Girişim ve Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar

Tablo 3.2: Girişim- Kontrol Grubu Çalışma Süreci

Girişim Grubu*	**1. Görüşme** Hastaların TRSM ‘ye geldikleri gün Yer/süre: Çekmeköy TRSM terapi odası/25 dk	Hasta Tanıtım Formu, BDÖ, KPSÖ
	2.,3.,4.,5.,6.,7.,8.,9.,10.,11.,12.,13.,14.,15.,16. görüşme Hastaların grup oturumları için TRSM ‘ye geldikleri gün **Yer/süre:** Çekmeköy TRSM terapi odası/45-90 dak	Salutojenik Yaklaşım Temelli Görüşme’nin uygulanması
	17. görüşme Hastaların grup oturumları için TRSM‘ ye geldikleri gün **Yer/süre:** Çekmeköy TRSM terapi odası/45-90 dak	Salutojenik Yaklaşım Temelli Görüşme’nin uygulanmasının ardından “Katılım Belgesi”nin (Ek -5) verilmesi
	18. görüşme Oturumlar bittikten sonra hastaların TRSM’ye geldikleri gün	BDÖ, KPSÖ uygulanması

	Yer/süre: Çekmeköy TRSM terapi odası/25 dk	
	19. Görüşme Uygulama bittikten 1 ay sonra hastaların TRSM'ye geldikleri gün **Yer/süre:** Çekmeköy TRSM terapi odası/25 dk	BDÖ, KPSÖ Uygulanması
Kontrol Grubu**	**1. Görüşme** Hastaların TRSM 'ye geldikleri gün Yer/süre: Çekmeköy TRSM terapi odası/25 dk	Hasta Tanıtım Formu, BDÖ, KPSÖ
	2. ve 3. Görüşme Oturumlar devam ederken hastaların TRSM'ye geldikleri gün Yer/süre: Çekmeköy TRSM terapi odası/15 dk	Hastaların genel durumları ve TRSM faaliyetlerine devam edip etmedikleri hakkında görüşmenin yapılması
	4. Görüşme Oturumlar bittikten sonra hastaların TRSM'ye geldikleri gün Yer/süre: Çekmeköy TRSM terapi odası/25 dk	BDÖ, KPSÖ uygulanması
	5. Görüşme Uygulama bittikten 1 ay sonra hastaların TRSM'ye geldikleri gün Yer/süre: Çekmeköy TRSM terapi odası/25 dk	BDÖ, KPSÖ uygulanması

*Rutin rehabilitasyon faaliyetlerine ek olarak salutojenik yaklaşım temelli görüşme uygulandı. **Rutin rehabilitasyon faaliyetleri uygulandı.

3.9. Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen veriler IBM SPSS V23 programı ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Shapiro Wilk ile incelendi. Normal dağılıma uyan verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında bağımsız örneklerde t testi kullanıldı. Grup içi zamana göre değişimlerin incelenmesinde ise tekrarlı varyans analizi ve bonferroni düzeltmeli ana etki karşılaştırma testi kullanıldı. Kategorik veriler için ki kare testi kullanıldı. Randomize kontrollü çalışmalarda katılımcılardan bazıları çeşitli nedenlerden dolayı çalışma sonuna kadar taşınamayabilir. Bu durum çalışmaların sonunda yapılacak olan analize hangi katılımcıların dahil edileceği ile ilgili sorun yaratmaktadır. Bu durumda kullanılacak iki temel analiz vardır. Bunlar; Intent to Treat ve Per Protocol analizidir (Petavy ve ark. 2019). Mevcut çalışmada güç analizi 19 girişim 19 kontrol olarak belirlendi. Çalışma 22 girişim ve 27 kontrol grubu ile tamamlandı. Ayrıca görüşme programına katılan katılımcılardan 7'si ilk oturumdan sonra ayrılmış olup sadece 1 katılımcı grup oturumlarını tamamladıktan sonra şehir değiştirmek zorunda kalması nedeniyle son testi yapmadı. Bu nedenlerle çalışmayı sonlandıramayan (drop out) katılımcıların analize dahil edilmesi, görüşme programını tamamlayan bireylerden elde edilen verilerle birlikte ele alındığında sonuçların olduğundan farklı çıkacağı düşünülerek Intention to Treat analizi yerine Peer Protokol analizi tercih edildi.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için araştırmacı tarafından BDÖ (Ek-6) ve KPSÖ (Ek-7) ölçeklerinin kullanım izinleri Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapan ilgili kişilerden, salutojenik temelli görüşme için Eva Langeland'den uygulama izni (Ek-8) e- posta yoluyla alındı. İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik izin alındı (Karar no:7 Tarih:15/11/2018) (Ek-9). Bu izinle birlikte İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne başvurarak İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden kurum izni alındı (Ek-10). Araştırmaya dahil olan şizofreni tanılı bireyler ve aileleri Helsinki deklarasyonuna göre bilgilendirildikten sonra yazılı ve sözlü onamları (Ek-11) alındı. Araştırma bittikten sonra salutojenik yaklaşım temelli görüşme, kontrol grubundaki katılımcılara uygulandı.

3.11. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

Güçlü Yönleri

- Araştırmada kullanılan salutogenez modele dayalı bir görüşme programının ülkemizde ilk kez yapılmış olması,
- Araştırmanın randomize kontrollü olması

Sınırlı Yönleri

- Araştırma sonuçlarının 1 ay izlem ile sınırlı olması,
- Araştırma örnekleminin şizofreni ve şizoaffektif tanılı bireylerle sınırlı olması,
- Araştırma örneklemini oluşturan şizofreni ve şizoaffektif tanılı bireyleri arasında ayırım yapılmadan girişim ve kontrol grubuna ayrılması

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular iki bölümde sunuldu;

Birinci bölümde; Girişim ve kontrol grubundaki hastaların bireysel ve hastalık özellikleri ile ilgili bulgular

İkinci Bölümde; Girişim ve kontrol grubu hastaların KPSÖ, BDÖ ve alt maddelerinin ön test, son test ve 1 ay izlem puanları ile ilgili bulgular

4.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Bireysel ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=49)

Tablo-4.1: Katılımcıların Bireysel ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (N=49)

Değişkenler	***Kategori***	***Girişim n=22***	***Kontrol n=27***	***Toplam (n=49)***	***Test İstatistiği***	
		N (%)	**N (%)**		**χ^2**	**p**
Cinsiyet	Kadın	3 (13,6)	5 (18,5)	8 (16,3)	0,212*	0,646
	Erkek	19 (86,4)	22 (81,5)	41 (83,7)		
Eğitim	İlkokul	8 (36,4)	8 (29,6)	16 (32,7)	2,195*	0,533
	Ortaokul	4 (18,2)	10 (37)	14 (28,6)		
	Lise	5 (22,7)	4 (14,8)	9 (18,4)		
	Üniversite	5 (22,7)	5 (18,5)	10 (20,4)		
Medeni Durum	Evli	5 (22,7)	5 (18,5)	10 (20,4)	0,132*	0,716
	Bekar	17 (77,3)	22 (81,5)	39 (79,6)		
Çocuk varlığı	Var	7 (31,8)	6 (22,2)	13 (26,5)	0,573*	0,449
	Yok	15 (68,2)	21 (77,8)	36 (73,5)		
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	1 (4,5)	0 (0)	1 (2)	2,708*	0,258
	Eş/çocuk	4 (18,2)	2 (7,4)	6 (12,2)		
	Anne Baba/Kardeş	17 (77,3)	25 (92,6)	42 (85,7)		
Çalışma Durumu	Evet	1 (4,5)	4 (14,8)	5 (10,2)	1,395*	0,238
	Hayır	21 (95,5)	23 (85,2)	44 (89,8)		
		Ort.±SS	**Ort.±SS**		**t**	**P**
Yaş		42,8±11,9	39,8 ± 9,9		0,966**	0,339
Çocuk sayısı		2,0 ± 1,8	1,6 ± 1,0		0,580**	0,570
Toplam Yatış Sayısı		3,7 ± 3,1	5,2 ± 3,9		1,459**	0,151
Hastalık Süresi (yıl)		17 ± 9,2	18,0± 10,6		0,349**	0,729

*Kikare testi, **bağımsız örnekler t testi

Girişim ve kontrol grupları karşılaştırıldığında; çalışma grubundaki katılımcıların %86,4'sı erkek, %77,3 bekar, %36,4 ilkokul mezunu, %68,2'sının çocuğu yok, %77,3 anne- baba ve kardeşi ile yaşamakta ve %95,5'i çalışmamakta olup bu gruptaki katılımcıların yaş ortalama değeri 42,8 ± 11,9, ortalama çocuk sayısı 2,0 ± 1,8, hastane yatış sayısı 3,7 ± 3,1, hastalık süresi ortalama 17 ± 9,2 yıldır. Kontrol grubunda ise katılımcıların %81,5'i erkek, %37'si ortaokul mezunu, %81,5'i bekar, %77,8'inin çocuğu yok, %92,6'sı anne, baba ve kardeşi ile yaşıyor, %89,8'i ise çalışmamaktadır. Kontrol grubundaki katılımcıların yaş ortalama değeri 39,8 ± 9,9, ortalama çocuk sayısı 1,6 ± 1,0, hastane yatış sayısı 5,2 ± 3,9, hastalık süresi ortama 18,0 ± 10,6 yıldır. Girişim kontrol grupları karşılaştırıldığında grupların benzer olduğu belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4.1).

4.2. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların KPSÖ, BDÖ ve Alt Boyutlarının Ön Test, Son Test ve 1 Ay İzlem Puan Ortalamaları ile İlgili Bulgular

Tablo-4.2: Gruplar Arası ve Gruplar içi Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=49)

		Girişim (n=22)	*Kontrol (n=27)*	*Test İstatistiği**	*p*
		Ort.±SS	***Ort.±SS***		
BDÖ	**Anlaşılabilirlik_ön test**	21,41 ± 6,88[a]	18,63 ± 4,97	1,640	>0.05
	Anlaşılabilirlik_son test	26,32 ± 4,96[b]	18,22 ± 4,90	5,715	**<0,001**
	Anlaşılabilirlik izlem	24,86 ± 5,57[b]	17,89 ± 6,39	4,022	**<0,001**
	Test İstatistiği*	F**= 10,703	F**= 0,144		
	p	**0,000 a<b**	0,825		
	Yönetilebilirlik ön test	15,27 ± 5,16[a]	13,19 ± 3,32	1,715	>0,05
	Yönetilebilirlik son test	19,64 ± 3,88[b]	13,66 ± 3,47	5,672	**<0,001**
	Yönetilebilirlik izlem	17,73 ± 4,31[b]	13,44 ± 3,59	3,797	**<0,001**
	Test İstatistiği*	F**= 10,905	F**= 0,130		
	p	**0,000 (a<b)**	0,826		
	Anlamlılık ön test	15,77 ± 4,81[a]	16,19 ± 4,46	-0,311	>0,05
	Anlamlılık son test	21,13 ± 5,19[b]	16,29 ± 4,09	3,649	**<0,001**
	Anlamlılık izlem	20,59 ± 5,47[b]	15,11 ± 5,28	3,557	**<0,001**
	Test İstatistiği*	F**= 13,258	F**= 0,579		
	p	**0,000 a<b**	0,544		
	Ön test	52,45 ± 13,80[a]	48,00 ± 7,95	1,416	>0,05
	Son test	67,09 ± 10,30[b]	48,18 ± 7,14	7,568	**<0,001**
	İzlem	63,18 ± 12,26[b]	46,44 ± 12,22	4,762	**<0,001**
	Test İstatistiği*	F**= 16,020	F**= 0,293		
	p	**<0,000 (a<b)**	0,686		
KPSÖ	**Ön test**	16,27 ± 4,60[a]	18,04 ± 4,74[a]	-1,313	>0,05
	Son test	21,00 ± 5,26[b]	16,52 ± 4,57[b]	3,190	**<0,001**
	İzlem	19,86 ± 4,65[b]	16,37 ± 4,93[b]	2,529	**<0,01**
	Test İstatistiği*	F**= 7,243	F**= 5,270		
	p	**0,004 (a<b)**	**0,008 (a>b)**		

BDÖ: Bütünlük duygusu ölçeği, KPSÖ: Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği, *bağımsız örnekler t testi, **tekrarlı varyans analizi, a-b: Ölçümlerin herbiri için aynı harfle gösterilen zamanlar arasında fark yoktur (Bonferroni düzeltmeli çoklu karşılaştırma testi)

Girişim ve kontrol grubu hastaların KPSÖ, BDÖ ve alt boyutlarının ön test, son test ve 1 ay izlem puan ortalamaları karşılaştırıldığında; BDÖ'nün anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik, anlamlılık alt boyut ve toplam ön test puan ortalamaları gruplara göre

farklılık göstermezken son test ($p<0,001$) ve izlem puan ortalamaları girişim grubu lehine farklılık ($p<0,001$) gösterdi. Yine KPSÖ ön test puan ortalamaları gruplara göre farklılık göstermezken son test ($p<0,001$) ve izlem puan ortalamaları girişim grubu lehine farklılık gösterdi ($p<0,01$) (Tablo 4.2).

Grup içi karşılaştırmada ise, anlaşılabilirlik alt boyut puan ortalamaları girişim grubu içinde zamana göre farklılık gösterdi ($p<0,001$). Ön test puan ortalamaları hem son test hem de izlem puan ortalamalarından daha düşük elde edildi. Son test ile izlem arasında ise fark bulunmadı. Kontrol grubunda ise anlaşılabilirlik alt boyut puan ortalamaları zamana göre farklılık göstermedi. Yine yönetilebilirlik alt boyutu puan ortalamaları girişim grubu içerisinde zamana göre farklılık gösterdi ($p<0,001$). Ön test puan ortalamaları hem son test hem de izlem puan ortalamalarından daha düşük elde edildi. Son test ile izlem puan ortalamaları arasında ise fark bulunmadı. Kontrol grubunda ise yönetilebilirlik alt boyutunun puan ortalamaları zamana göre farklılık göstermedi (Tablo 4.2).

Anlamlılık alt boyutu ön test puan ortalamaları da girişim grubunda farklılık gösterdi ($p< 0,001$). Ön test puan ortalamaları hem son test hem de izlem puan ortalamalarından daha düşük elde edildi. Son test ile izlem arasında ise fark bulunmadı. Kontrol grubunda ise anlamlılık alt boyut puan ortalamaları zamana göre farklılık göstermedi (Tablo 4.2).

BDÖ toplam puan ortalaması girişim grubu içerisinde zamansal olarak farklılık gösterdi ($p<0,001$). Ön test puan ortalamaları hem son test hem de izlem puan ortalamalarındandaha düşük elde edildi. Son test ile izlem arasında ise fark bulunmadı. Kontrol grubunda ise BDÖ toplam puan ortalamaları zamana göre farklılık göstermedi (Tablo 4.2).

KPSÖ toplam puan ortalamaları girişim grubu içerisinde zamansal farklılık gösterdi ($p<0,001$). Ön test puan ortalamaları hem son test hem de izlem puan ortalamalarından daha düşük bulundu. Son test ile izlem puan ortalamaları arasında ise fark bulunmadı. Kontrol grubunda da KPSÖ toplam puan ortalamaları farklılık gösterdi ($p<0,001$) (Tablo 4.2).

5. TARTIŞMA

Şizofreni tanılı bireylerde salutojenik yaklaşım temelli görüşmenin bütünlük duygusu ve psikolojik dayanıklılığa etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulgular iki bölümde tartışıldı.

- Girişim ve kontrol grubundaki hastaların bireysel ve hastalık özellikleri ile ilgili bulguların tartışılması
- Girişim ve kontrol grubundaki hastaların KPSÖ, BDÖ ve alt boyutlarının ön test, son test ve 1 ay izlem puanları ile ilgili bulguların tartışılması

5.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Bireysel ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı ile İlgili Bulguların Tartışılması;

Katılımcıların özelliklerine bakıldığında, girişim grubundaki katılımcıların yaş ortalaması 42,8 ± 11,9 olup, çoğunluğu erkek, ilkokul mezunu, bekar, çocuğu yok, anne-baba ve kardeşi ile yaşamakta ve çalışmamaktadır. Yine girişim grubundaki katılımcıların ortalama çocuk sayısı 2 ± 1,8, hastane yatış sayısı 3,7 ± 3,1, hastalık süresi ortalama 17 ± 9,2 yıldı. Kontrol grubunda ise katılımcıların yaş ortalaması 39,8 ± 9,9 ve çoğunluğu ortaokul mezunu olup, yine çoğunluğu erkek, bekar, çocuğu yok, anne, baba ve kardeşi ile yaşıyor ve çalışmamaktadır. Yine kontrol grubundaki katılımcıların ortalama çocuk sayısı 1,6 ± 1,0, hastane yatış sayısı 3,1 ± 3,9, hastalık süresi ortalama 18 ± 10,6 yıldı. Örneklem grubu şizofreni ve şizoaffektif tanılı bireylerden oluşmaktadır. Şizofreni ve benzeri tanılı bireylerde tanıların çeşitli nedenlerle ayırımının güç olması nedeniyle hastaların tanılarına göre bir karşılaştırma yapmadık. Bu durum çalışmanın sınırlılıkları arasındadır. Ancak girişim ve kontrol gruplarındaki katılımcıların diğer bireysel ve hastalık özellikleri karşılaştırıldığında birbirine benzer olduğu belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4.1). Girişim ve kontrol grubunun bireysel ve hastalık özelliklerinin benzer olması deneysel araştırma desenine uygun olduğunu göstermektedir.

Girişim ve kontrol dahil olmak üzere tüm grupta katılımcıların büyük çoğunluğunun erkeklerden oluşması son yıllarda yapılan araştırmalarla uyumludur (Öztürk ve Uluşahin 2015). Son yıllarda yapılan çalışmalarda şizofreninin, erkeklerde kadınlara göre yaklaşık 1,4 kat daha yaygın görüldüğü bildirilmiştir (McGrath 2005; Janoutova ve ark'ları 2016; Öztürk ve Uluşahin 2015).

Çalışmaya katılan hastaların çoğu ilkokul mezunu ve çalışmamaktadır. Şizofreni her kültür, eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyde görülen bir hastalıktır. Ancak şizofreni tanılı bireylerin işlevselliği olumsuz etkilendiği için eğitim ve çalışma yaşamını sürdürmede zorluklar yaşamaktadırlar. Yapılan çalışmalarda da benzer bulgulara rastlanmıştır (Shamsaei ve ark. 2015).

Mevcut çalışmada hastaların dörtte üçünden fazlası bekar olup, yaklaşık dörtte üçünün çocuğu bulunmamaktadır. Bu sonuç literatürle benzerlik göstermektedir. Literatürde şizofreni tanılı bireylerin çoğunluğunun bekar olduğu ve çocuk sahibi olmadığı bildirilmiştir (Karakuş ve ark. 2017). Bu durum bu bireylerin sosyal işlevselliğinin düşmesine bağlı olarak yakın ilişki kurmakta zorlanma nedeniyle olabilir.

5.2. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların KPSÖ, BDÖ ve Alt Boyutlarının Ön Test, Son Test ve 1 Ay İzlem Puan Ortalamaları ile İlgili Bulguların Tartışılması

Girişim ve kontrol grubu hastaların BDÖ ve alt boyutlarının ön test, son test ve 1 ay izlem puan ortalamaları karşılaştırıldığında, girişim grubunun "anlaşılabilirlik", "yönetilebilirlik", "anlamlılık" ve BDÖ toplam puan ortalamaları son test ve izlemde kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu (Tablo 4.2). Körlin ve Wrangsjö'nün (2002) kendini gerçekleştirme ihtiyacı, kişilerarası zorluklar veya psikiyatrik semptomları olan 30 hasta ile görüntü ve müzik terapisi uyguladıkları çalışmada "anlaşılabilirlik" alt boyutundaki artışın en düşük olduğu belirtilmiştir (Körlin ve Wrangsjö 2002). Anlaşılabilirlik, bireyin yaşadığı iç ve dış stresörlerin, yaşamda "beklenir" ve "açıklanabilir" olmasını ifade eder. Kişinin yaşadığı gerilimin, yaşantısına uygun bir stresör olduğunu deneyimleyip algıladığı andır (Bag 2017; Bengtsson-Tops ve ark. 2005; The Mystery of Health 2014). Girişim grubunda son test ve izlem aşamasında "anlaşılabilirliğin" kontrol grubundan daha yüksek olması salutojenik temelli görüşmenin, şizofreni tanılı bireylerin stresörün, yaşamda "beklenir" ve "açıklanabilir" olduğunu kabullenmesinde etkili olduğunu düşündürmüştür. Çalışma bulgularının Körlin ve Wrangsjö'nun (2002) çalışma bulgularından farklı olması ise kullanılan girişim ile ilgili olabilir.

Yine "yönetilebilirlik" alt boyutunda grubunun son test ve izlemde girişim ve Kontrol grubu arasında anlamlı fark bulundu. Bütünlük duygusunun "yönetilebilirlik" bileşeni, bireyin kişisel zorlukları yönetmek için yeterli kaynağa sahip olduğu inancının olmasıdır (The Mystery of Health 2014). Bu çalışmaya benzer şekilde Langeland ve

ark'larının (2006) salutojenik tedavi prensiplerine dayalı konuşma terapisi gruplarının ruh sağlığı problemleriyle başa çıkma üzerindeki etkisini araştırmayı amaçladığı deneysel çalışmada, çalışma grubunda başa çıkmanın belirgin olarak geliştiği ve bu gelişmede en çok "yönetilebilirlik" bileşeninin katkısının olduğu bildirilmiştir (Langeland ve ark. 2006). Körlin ve Wrangsjö'nün (2002) çalışmasında da bu alt boyuttaki artışın en yüksek olduğu bildirilmiştir. Suominen ve ark 'a (1999) göre, bu bileşen sosyal destek gibi dış kaynaklar üzerindeki farklı zorluklarla başa çıkarken diğer bileşenlerden daha fazla kullanılabilmektedir (Langeland 2007). Mevcut çalışma bulguları diğer çalışma bulguları ile benzer olup ruhsal bozukluğu olan bireylerde salutojenik yaklaşım temelli konuşma terapisinin "yönetilebilirlik" bileşeni üzerine etkisi olduğunu ve hastaların streslerini daha iyi yönetebileceklerini düşündürmektedir.

Bu çalışmada elde edilen bir diğer sonuç, "anlamlılık" son test ve izlem puan ortalamalarının gruplara göre farklılık göstermesiydi. Anlamlılık; hayatın zorluklarını ele almaya değer olduğunu bunun bireyin hayatı için anlamlı olduğunu vurgular. (The Mystery of Health 2014) Antonovsky (1979; 1987), anlamlılığı, bütünlük duygusunun üç bileşeninden en önemlisi olarak görmüştür çünkü bireyin çevresinde olanları anlaması stresle baş etmeleri için motivasyon sağlamalarına yardımcı olur (Griffiths 2010). Frankl (1985), ruhsal bozukluğu olan bireylerin güçlü bir anlamlılık bileşenine sahip olmasını iyileşmeye yardımcı olan bir süreç olarak tanımlamıştır. Engelliliğin sınırları dahilinde bir bütünlük duygusunu yeniden oluşturmak; bu hastaların toplumda yaşamalarına önemli katkı sunacağını belirtmiştir. Benlik hissi, bireysel amaç, topluma yapılan katkılar ve başkalarına yardım etmek, bir kişinin anlamlılık hissine bağlıdır. Benlik duygusu, yani bireyin kim olduğu, neye değer verdiği, neye inandığı iyileşme sürecinde önemli bir faktördür (Griffiths 2010).

Langeland ve ark'larının (2006) salutojenik tedavi prensiplerine dayalı konuşma terapisi gruplarının ruh sağlığı problemleriyle başa çıkma üzerindeki etkisini belirlemeyi amaçladığı deneysel çalışmada, "anlamlılık" bileşenininde istatistiksel olarak anlamlı olarak gelişmediğini bildirilmiştir (Langeland ve ark. 2006). Mevcut çalışma bulguları literatürle benzerlik göstermektedir. Aynı zamanda salutojenik temelli görüşme programının grup aktivitesi biçiminde yapılması, hastaların sosyalleşmesine ve hayatı anlamlı bulmasına katkı sağlamış olabilir. Özellikle şizofreni tanılı bireylerde "anlamlılık" bileşeninin geliştirilmesi iyileşmeyi sağlayıp tekrarlı yatışları önleyebilir.

Mevcut çalışmada salutojenik temelli yaklaşımın tekrarlı yatışlara etkisine bakılmamıştır. Buna yönelik ileri çalışmalar yapılması önerilebilir.

Griffiths (2009), konuşma terapisinin şizofreni, psikoz, bağımlılık ve depresyon gibi çeşitli ruhsal bozukluğu olan bireylerin rehabilitasyonunda bütünlük duygusunu geliştiren uygulamalardan birisi olabileceğini belirtmiştir (Griffiths 2009). Menzies, (2000) psikiyatri hemşiresinin şizofreni tanılı bireylerle semptom ve problemlerle baş etme hakkında konuşarak, umutlarını geliştirmeyi, yeteneklerini ve becerilerini desteklemeyi, benlik saygısını yükseltmeyi, kimlik gelişimine ve bütünlük duygusuna katkıda bulunarak salutojenik yaklaşım gösterebileceğini ifade etmiştir (Menzies 2000). Ristkar ve ark. (2006), Olsson ve ark. (2006) ve Breslin ve ark. (2006) bütünlük duygusunun ruh sağlığı bozuklukları ile olan negatif ilişkisini belirtikleri çalışmalarında bireyin bütünlük duygusunu güçlendirilmesini hedefleyen eylemler planlanmasını önermişlerdir (Griffiths 2010).

Mevcut çalışmada BDÖ son test ve izlem puan ortalamaları gruplara göre farklılık gösterdi (Tablo 4.2). Girişim grubunun toplam puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu. Langeland (2007)'in ruhsal bozukluğu olan bireylerle salutojenik model temelli müdahale programının etkinliğini belirlediği çalışmada da benzer bir sonuç elde etmiştir (Langeland 2007). Ayrıca Körlin ve Wrangsjö'nün (2002) kendini gerçekleştirme ihtiyacı, kişilerarası zorluklar veya psikiyatrik semptomları olan 30 hasta ile görüntü ve müzik terapisi uyguladıkları çalışmada bütünlük duygusunun geliştirebileceği ifade edilmiştir (Körlin ve Wrangsjö 2002). Benzer biçimde Tan ve ark'larının (2016) Singapur'da 64 yaşlı bireye bütünlük duygusu ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik salutojenik bir program olan 12 haftalık "kaynak geliştirme ve aktivasyon programı" uygulamışlardır. Program sonunda, çalışma grubu ile kontrol grubu karşılaştırıldığında salutojenik temelli öz bakım yaklaşımının yaşlılar için sağlığı geliştirme stratejisi olabileceği belirtilmiştir (Tan ve ark. 2016). "Anlaşılabilirlik", "yönetilebilirlik" ve "anlamlılık" bileşenleri salutojenik yaklaşım ilkelerine dayanan güçlendirici diyaloglar sayesinde, önemli yaşam alanlarına, direnç kaynaklarına ve uygun zorluklara odaklanarak katılımcıların potansiyelleri, iç ve dış kaynakları konusundaki farkındalıklarını ve bunları kullanma yeteneklerini artırabilir. Böylece, daha bilinçli baş etme mekanizmasını kullanmayı öğrenebilir; daha rahat ve yaratıcı içsel uyum, duygusal enerjinin verimli kullanılması, daha fazla neşe ile başkalarıyla karşılıklı etkileşime doğru ilerleyebilirler. Bu şekilde iyileşme yeteneklerini geliştirmiş olabilirler (Langeland 2007).

Hem mevcut çalışmada hem de diğer çalışmalarda salutojenik temelli yaklaşımın ruhsal sorunu olan bireylerde ve yaşlılarda etkili olabileceğini göstermektedir.

Bu bulgular doğrultusunda "salutojenik yaklaşım temelli görüşmeye katılmış olan şizofreni tanılı bireylerin bütünlük duygusu artacaktır" hipotezi desteklenmiştir.

Girişim ve kontrol grubu hastaların KPSÖ ön test, son test ve 1 ay izlem toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, KPSÖ son test ve izlem ortalama değerleri gruplara göre farklılık gösterdi (Tablo 4.2). Girişim grubunun puan ortalamaları kontrol grubuna daha yüksek bulundu. Literatürde salutojenik temelli modelin psikolojik sağlamlık üzerindeki etkisini gösteren çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma, bu yönüyle literatüre katkı sağlamaktadır. Ayrıca bütünlük duygusu ölçeğinin yönetilebilirlik alt boyutunun stresle başa çıkma ve psikolojik sağlamlıkla ilgili olması psikolojik sağlamlıkla ilişkilendirilebilir.

Bu bulgular doğrultusunda "salutojenik yaklaşım temelli görüşmeye katılmış olan şizofreni tanılı bireylerin psikolojik sağlamlığı artacaktır" hipotezi desteklenmiştir.

Girişim ve kontrol grubu hastaların KPSÖ, BDÖ ve alt boyutlarının grup içi karşılaştırmasında, KPSÖ, anlamlılık ve BDÖ toplam puan ortalamaları açısından son test ve izlem puan ortalamaları ön test puan ortalamaları göre daha yüksek olup anlamlı fark bulundu (Tablo 4.2). Mevcut çalışmada sadece 1 aylık izlem yapılmıştır. Salutojenik temelli yaklaşımın uzun süreli etkisinin belirlenmesi için 6 ay, 1 ve 2 yıllık izlemli çalışmaların yapılması önerilebilir.

Sonuç olarak; salutojenik temelli yaklaşımın bütünlük duygusu ve psikolojik sağlamlık üzerinde etkili olduğu belirlendi. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin iyileşmesini sağlayacak, relapsları engelleyecek, tedavi uyumunu sağlayacak farklı modellere dayalı yaklaşımlar kullanılmaktadır. Salutojenik temelli yaklaşım, bütünlük duygusu bozulmuş ve psikolojik dayanıklılığı istendik düzeyde olmayan şizofreni tanılı bireylerde bütünlük duygusu ve psikolojik dayanıklılığı geliştirdiği için kullanılabilir bir modeldir. Bu çalışma modelin etkinliğini ortaya koyarak literatüre katkı sağlamıştır. Yine bu çalışmada ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin salutojenik yaklaşım temelli görüşme programında grup yöneticisi olarak aktif rol alması hemşirelerin bağımsız rollerini kullanmalarına olanak sağlayacaktır. Ülkemizde "terapi" yi kimin uygulayacağı konusu net değildir. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri, TRSM'lerde bu ve benzeri terapötik görüşmelere dayalı programların uygulayıcısı olarak aktif rol almaları bu konuda yeterliliklerini kanıtlamalarına yardımcı olacaktır. Ayrıca psikiyatri hastalarında

patogenez modele karşı salutogenez modelin kullanılmaya başlanması yeni bakım yaklaşımlarının ortaya çıkmasında etkili olacaktır.

6. SONUÇLAR

Şizofreni tanılı bireylerde salutojenik yaklaşım temelli görüşmenin bütünlük duygusu ve psikolojik dayanıklılığa etkisini belirlemek amacıyla ön test - son test kontrol gruplu tasarımla gerçekleştirilen çalışmanın sonuçları;

- Girişim grubundaki katılımcıların %86,4'sı erkek, %77,3'ü bekar, %36,4'ü ilkokul mezunu, %68,2'sının çocuğu yok, %77,3'ü anne- baba ve kardeşi ile yaşamakta ve %95,5'i çalışmamakta olup bu gruptaki katılımcıların yaşı 42,8 ± 11,9, ortalama çocuk sayısı 2,0 ± 1,8 olarak belirlendi.
- Kontrol grubunda ise katılımcıların %81,5'i erkek, %37'si ortaokul mezunu, %81,5'i bekar, %77,8'inin çocuğu yok, %92,6'sı anne, baba ve kardeşi ile yaşıyor, %89,8'i ise çalışmamaktadır. Kontrol grubundaki katılımcıların yaşı 39,8 ± 9,9, ortalama çocuk sayısı 1,6 ± 1,0 olarak belirlendi.
- Tüm grubun, %83,7'sinin erkek, %32,7'sinin ilkokul mezunu, %79,6'sının bekar, %73,5'sinin çocuk sahibi olmadığı, %85,7'sinin anne, baba ve kardeşi ile yaşadığı, %89,8'sinin çalışmadığı belirlendi.
- Girişim ve kontrol grubunun bireysel özellikleri karşılaştırıldığında aralarında fark olmadığı belirlendi.
- Girişim grubundaki katılımcıların hastaneye yatış sayısı 3,7 ± 3,1, hastalık süresi 17 ± 9,2 yıl olarak belirlendi.
- Kontrol grubundaki katılımcıların hastaneye yatış sayısı 5,2 ± 3,9, hastalık süresi 18,0 ± 10,6 yıl olarak belirlendi.
- Girişim ve kontrol grubunun hastalığa ilişkin özellikleri karşılaştırıldığında aralarında fark olmadığı belirlendi.
- Girişim ve kontrol grubu hastaların BDÖ ve alt boyutlarının ön test, son test ve 1 ay izlem puan ortalamaları karşılaştırıldığında; BDÖ'nün anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik, anlamlılık alt ölçek ve toplam ön test puan ortalamaları gruplara göre farklılık göstermezken son test ve izlem puan ortalamalarının girişim grubu lehine farklılık gösterdiği bulundu.
- Girişim ve kontrol grubu hastaların KPSÖ'nün ön test, son test ve 1 ay izlem puan ortalamaları karşılaştırıldığında; KPSÖ ön test puan ortalamaları gruplara göre farklılık göstermezken son test ve izlem puan ortalamalarının girişim grubu lehine farklılık gösterdiği bulundu.

- Grup içi karşılaştırmada, girişim grubu içinde “anlaşılabilirlik” puan ortalamaları zamana göre farklılık göstermektedir. Ön test puan ortalamaları hem son test hem de izlem puan ortalamalarından daha düşük bulundu. Son test ile izlem puan ortalamaları arasında ise fark bulunmadı.
- Grup içi karşılaştırmada kontrol grubunda “anlaşılabilirlik” puan ortalamaları zamana göre farklılık göstermediği belirlendi.
- Grup içi karşılaştırmada girişim grubunda “yönetilebilirlik” puan ortalamaları zamana göre farklılık gösterdiği belirlendi. Ön test puanları hem son test hem de izlem puan ortalamalarından daha düşük bulundu. Son test ile izlem arasında ise fark olmadığı belirlendi.
- Grup içi karşılaştırmada kontrol grubunda “yönetilebilirlik” puan ortalamaları zamana göre farklılık göstermediği belirlendi.
- Anlamlılık ön test puan ortalamalarının girişim grubunda farklılık gösterdiği belirlendi. Ön test puan ortalamaları hem son test hem de izlem puan ortalamalarından daha düşük olduğu belirlendi. Son test ile izlem puan ortalamaları arasında ise fark olmadığı belirlendi.
- Kontrol grubunda “anlamlılık” puan ortalamalarının zamana göre farklılık göstermediği belirlendi.
- BDÖ toplam puan ortalamalarının girişim grubunda zamana göre farklılık gösterdiği belirlendi. Ön test puanları hem son test hem de izlem puan ortalamalarından daha düşük bulundu. Son test ile izlem puan ortalamaları arasında ise fark olmadığı belirlendi.
- BDÖ toplam puan ortalamalarının kontrol grubunda zamana göre farklılık göstermediği belirlendi.
- KPSÖ puan ortalamaları çalışma grubunda zamana göre farklılık gösterdiği, ön test puan ortalamaları hem son test hem de izlem puan ortalamalarından daha düşük olduğu bulundu. Son test ile izlem puan ortalamaları arasında ise fark olmadığı belirlendi.
- KPSÖ puan ortalamaları kontrol grubunda zamana göre farklılık gösterdiği belirlendi.

7. ÖNERİLER

Mevcut çalışmanın sonuçları doğrultusunda;

- Şizofreni tanılı bireylerde salutojenik yaklaşım temelli görüşmenin bütünlük duygusuna ve psikolojik dayanıklılığa üzerindeki uzun süreli etkisinin daha uzun izlemli çalışmalarla değerlendirilmesi,
- Şizofreni tanılı bireyler dışındaki diğer ruhsal bozukluk tanısı olan bireylere salutojenik yaklaşım temelli görüşme programının uygulanması,
- Salutojenik yaklaşım temelli görüşmenin yatış sayısı, relapslar ve iyileşme üzerine etkisinin değerlendirilmesi,
- Salutojenik yaklaşım temelli görüşme programının salutogeneze katkıda bulunan diğer kavramlara ilişkin etkisinin değerlendirilmesi önerilebilir.

Ayrıca;

- Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerine, salutojenik yaklaşım temelli görüşme uygulamalarına yönelik eğitim verilmesi,
- TRSM'lerin faaliyetleri kapsamına salutojenik temelli görüşme programlarının alınması önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

Akar, A. (2018). Psikolojik Sağlamlık Programının Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Düzeyine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.

Aktaş, B. (2018). Ortaokul Öğrencilerinde İnternet ve Dijital Oyun Bağımlılığının Psikolojik Sağlamlık ve Saldırganlıkla İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kars.

Antonovsky, A. (1979). Health, Stress and Coping. Jossey-Bass: 89–90.

Antonovsky, A. (1985). The Life Cycle, Mental Health and the Sense of Coherence. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, **22**: 273–280. https://psycnet.apa.org/record/1987-24681-001.

Antonovsky, A. (1987). Unravelling the Mystery of Health. Jossey-Bass

Antonovsky, A. (1996). The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion. *Health Promot Internatıonal*, **11**: 11-8. Erişim 20.10.2018. https://academic.oup.com/heapro/article/11/1/11/582748.

APA (2019). American Psychological Association, https://www.apa.org/topics/ptsd/index Erişim 09.12.2019

Arslan, G. (2015). Ergenlerde Psikolojik Sağlamlık: Bireysel Koruyucu Faktörlerin Rolü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, **5:** 73-82. Erişim 20.05.2018. http://dergipark.org.tr/en/download/article-file/631450.

Arslan, G., Balkıs, M. (2016). Ergenlerde Duygusal İstismar, Problem Davranışlar, Öz Yeterlik ve Psikolojik Sağlamlık Arsındaki ilişki, *Sakarya*

Unıversity Journal of Education, **6:** 8-22. Erişim 20.08.2018. http://dergipark.org.tr/en/pub/suje/issue/20641/220107.

Badura-Brzoza, K., Zajac, P., Matysiakiewicz, J., Piegza, M., Rycerski, W., Hese, R. T. ve ark. (2008). The Association of Quality of Life with Mental Status and Sociodemographic Data in Patients After Total Hip Replacement. *Psychiatria Polska*, **42:** 261-269. Erişim 20.08.2018. https://europepmc.org/article/med/19697531.

Bag, B. (2017). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Salutogenez Modeli. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, **9**: 284-300. Erişim 12.05.2018. http://dergipark.org.tr/en/pub/pgy/article/286487.

Baş, A. U., Yurdabakan, İ. (2017). Psikolojik Sağlamlık ve Okul İkliminin Ortaokul Öğrencilerinin Yaşam Doyumunu Yordama Gücü. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,* **1:** 202-214. Erişim 12.05.2018. http://dergipark.org.tr/en/pub/maeuefd/issue/29057/310811.

Bengtsson-Tops, A., Brunt, D., Rask, M. (2005). The Structure of Antonovsky's Sense of Coherence in Patients With Schizophrenia and İts Relationship to Psychopathology. *Scandinavian Journal of Caring Science*s, **19**: 280-287. Erişim 12.05.2018. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-6712.2005.00342.x.

Bengtsson-Tops, A., Hansson, L. (2001). The Validity of Antonovsky's Sense of Coherence Measure in a Sample of Schizophrenic Patients Living in the Community. *Journal of Advanced Nursing*, **33**: 432-438. Erişim 12.05.2018. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.2001.01692.x.

Bilge, A., Mermer, G., Çam, O., Çetinkaya, A., Erdoğan, E. ve Üçkuyu, N. (2016). Türkiye'deki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin 2013-2015 Yıllarının Profili. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2**: 1-5. Erişim 12.05.2018. http://dergipark.org.tr/en/pub/kusbed/issue/32289/358560.

Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., ve Alptekin, K. (2011). Türkiye'de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistematik bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **22**: 40-52. Erişim 12.05.2018. http://www.turkpsikiyatri.com/Data/UnpublishedArticles/5ht4o3.pdf.

Bolton, C., Gooding, P., Kapur, N., Barrowclough, C. ve Tarrier, N. (2007). Developing Psychological Perspectives of Suicidal Behaviour and Risk in People with a Diagnosis of Schizophrenia: We Know They Kill Themselves But Do We Understand Why? *Clinical Psychology Review*, **27**: 511-536. Erişim 20.04.2019. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735806001395.

Börekçi, D.Y ve Gerçek, M. (2018). "Resilience" Kavramının Sosyal Bilimlerde Türkçe Kullanımları Bağlamında Değerlendirilmesi. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **30**: 41-51. Erişim 20.04.2019. https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/55503636.

Clements, P. T., Focht-New, G. ve Faulkner, M. J. (2004). Grief in the Shadows: Exploring Loss and Bereavement in People with Developmental Disabilities. *Issues in Mental Health Nursing*, **25**: 799-808. Erişim 23.04.2019. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01612840490506383.

Cranwell, K., Polacsek, M. ve McCann, T. V. (2016). Improving Mental Health Service Users' with Medical Co-Morbidity Transition Between Tertiary Medical Hospital and Primary Care Services: a Qualitative Study. *BMC Health Services* Research, **16**: 302. Erişim 12.05.2018. https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-016-1567-3.

Çam, O., Büyükbayram, A. (2017). Hemşirelerde Psikolojik Dayanıklılık ve Etkileyen Faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **8**: 118-126. Erişim 11.09.2019. https://www.journalagent.com/z4/download_fulltext.asp?pdir=phd&plng=eng&un=PHD-75436.

Çapan, B. E., Arıcıoğlu, A. (2014). Psikolojik Sağlamlığın Yordayıcısı Olarak Affedicilik/Forgiveness as Predictor of Psychological Resiliency. *e-Uluslararası Eğitim Araştırmaları Dergisi*, **5**: 70-82. Erişim 12.05.2018. http://www.e-ijer.com/download/article-file/89828.

Çeçen, A. R. (2008). Üniversite Öğrencilerinde Yaşam Doyumunu Yordamada Bireysel Bütünlük (Tutarlılık) Duygusu, Aile Bütünlük Duygusu ve Benlik Saygısı. *Eğitimde Kuram ve Uygulama*, **4**: 19-30. Erişim 12.07.2018. http://dergipark.org.tr/en/pub/eku/issue/5447/73870.

Çiydem, E. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinde Riskli Davranışlar, Akran Baskısı ve Psikolojik Dayanıklılık. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Doğan, T. (2015). "Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği"'nin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *The Journal of Happiness ve Well-Being*, **3**: 93-102. Erişim 11.01.2019 https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/kisa-psikolojik-saglamlik-olcegi-toad.pdf.

Eriksson, M. (2017). The Sense of Coherence in the Salutogenic Model of Health. In Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., ve Espnes, G. A. (Eds). The Handbook of Salutogenesis. Springer: 91-96.

Eriksson, M. ve Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's Sense of Coherence Scale A Systematic Review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, **59**: 460–466. Erişim 13.01.2019. https://jech.bmj.com/content/59/6/460.abstract.

Eriksson, M., Lindström, B. (2006). Antonovsky's Sense of Coherence Scale and the Relation with Health: A Systematic Review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, **60**: 376–381. Erişim 17.05.2019. https://jech.bmj.com/content/60/5/376.short.

Eriksson, M., Lindström, B. (2011). Life is More Than Survival: Exploring Links Between Antonovsky's Salutogenic Theory and The Concept Of Resilience. In: Gow, K.M., Celinski, M. (Eds.), Wayfinding Through Life's Challenges: Coping and Survival. Nova Science Publishers: 31–46.
Erişim: 20.06.2019. https://psycnet.apa.org/record/1987-24681-001.

Eryücel, M.E. (2019). Examination of Wrestling Athletes' Psychological Resilience in Terms of Wrestling Education, *Universal Journal of Educational Research* **7** : 1054-1060. Erişim: 20.09.2019. https://pdfs.semanticscholar.org/b30c/968ae2240ef651756cef883f0caf9b1fc0a3.pdf.

Esin, M. N. (2015). Örnekleme. İçinde, Erdoğan, S., Nahcivan, N., ve Esin, M. N. (Eds.). Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik. Nobel Tıp Kitabevi: 186.

Eşitmez, G. (2014). Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerde Bireysel Bütünlük Duygusu ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.

Fletcher, D. ve Sarkar, M. (2013). Psychological Resilience, A review and Critique of Definitions, Concepts, and Theory, *European Psychologist*, **18** :12-13. Erişim 11.01.2019 https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1027%2F1016-9040%2Fa000124.

Forsberg, K. A., Björkman, T., Sandman, P. O. ve Sandlund, M. (2010). Influence of a Lifestyle İntervention Among Persons with a Psychiatric Disability: A Cluster Randomised Controlled Trail On Symptoms, Quality of Life and Sense of Coherence. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1519–1528. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03010.x

Fossion, P., Leys, C., Kempenaers, C., Braun, S., Verbanck, P. ve Linkowski, P. (2014). Disentangling Sense of Coherence and Resilience in Case of Multiple Traumas. *Journal of Affective Disorders*, **160**: 21-26. Erişim 11.01.2019. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032714000755.

Garcia-Izquierdo, M., Meseguer de Pedro, M., Rios-Risquez, I. ve Sa´nchez, I.S. (2017). Resilience as a Moderator of Psychological Health in Situations of Chronic Stress (Burnout) in a Sample of Hospital Nurses, *Journal of Nursing Scholarship*, 1–9. Erişim 16.03.2019. https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jnu.12367.

Gassmann, W., Christ, O., Lampert, J. ve Berger, H. (2013). The İnfluence of Antonovsky's Sense of Coherence (SOC) And Psychoeducational Family İntervention (PEFI) on Schizophrenic Outpatients' Perceived Quality of Life: A Longitudinal Field Study. *BMC Psychiatry*, **13**: 10. Erişim 16.03.2019. https://link.springer.com/article/10.1186/1471-244X-13-10.

Gizir, C.A. (2007). Psikolojik Sağlamlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Üzerine Bir Derleme Çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, **3**(26),129-138. Erişim 16.07.2018. http://dergipark.org.tr/en/pub/tpdrd/issue/21448/229850.

Golembiewski, J. A. (2017). Salutogenic Architecture in Healthcare Settings. In, Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., and Espnes, G. A. (Eds). The Handbook of Salutogenesis. Springer: 267-276.

Gooding, P. A., Littlewood, D., Owen, R., Johnson, J., ve Tarrier, N. (2017). Psychological Resilience in People Experiencing Schizophrenia and Suicidal Thoughts and Behaviours. *Journal of Mental Health*, 1-7. Erişim 16.07.2018. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638237.2017.1294742

Graber, R., Pichon, F., Carabine, E. (2015) Psychological Resilience. Erişim 16.07.2018, Overseas Development Institute:

https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/9872.pdf.

Griffiths, C. A. (2009). Sense of Coherence and Mental Health Rehabilitation. Clinical Rehabilitation, **23**: 72–78. Erişim 16.07.2018. https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269215508095360.

Griffiths, C. A. (2010). A Critical Analysis of Antonovsky's Sense of Coherence Theory in Relation to Mental Health and Mental Disorder and the Effect of a Lifelong Learning İntervention on the Sense of Coherence of Mental Health Service Users, Doktora Tezi, Middlesex University.Dubai.

Idan, O., Eriksson, M., Al-Yagon, M. (2017). The Salutogenic Model: The Role Of Generalized Resistance Resources. In, Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., and Espnes, G. A. (Eds). The Handbook of Salutogenesis. Springer: 57-69.

Jakovljevic, M. (2018). Empathy, Sense of Coherence and Resilience: Bridging Personal, Public and Global Mental Health and Conceptual Synthesis. *Psychiatria Danubina*, **30**: 380-384. Erişim 11.01.2019. file:///C:/Users/Sema/Downloads/dnb_vol30_no4_380.pdf.

Janoutova, J., Janackova, P., Sery, O., Zeman, T., Ambroz, P., Kovalova, M. Ve ark. (2016). Epidemiology and Risk Factors of Schizophrenia. *Neuroendocrinology Letters*, **37:** 1-8. Erişim 16.07.2018. http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/5336.

Jensen, B. B., Dür, W., Buijs, G. (2017). The Application of Salutogenesis in Schools. In, Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., and Espnes, G. A. (Eds). The Handbook of Salutogenesis. Springer: 225-235.

Jormfeldt, H. (2011). Supporting Positive Dimensions of Health, Challenges in Mental Health Care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, **6**: 7126. Erişim 16.07.2018. https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/qhw.v6i2.7126.

Kara, A. (2019). Zihinsel Özel Gereksinimi Olan Çocuk Annelerinde Psikolojik Sağlamlık ve Baba Katılımı İlişkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

Karakuş, G., Kocal, Y., Sert, D. (2017). Şizofreni: Etyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, **26**: 251-267. Erişim 16.07.2018. http://dergipark.org.tr/en/pub/aktd/issue/28479/303574.

Kasperek-Zimowska, B., Chądzyńska, M. (2011). Poczucie Koherencji İ Style Radzenia Sobie Ze Stresem Wśród Rodziców DorosLych Dzieci Z Rozpoznaniem Schizofrenii. *Psychiatria Polska*, **45** Erişim 17.07.2018. http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_5_2011/643Kasperek__PP5_11.pdf.

Kavi, E. ve Karakale, B. (2018). Çalışan Psikolojisi Açısından Psikolojik Dayanıklılık. *Hak İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, **7:** 55-77. Erişim 11.01.2019. http://dergipark.org.tr/en/pub/hakisderg/issue/36564/391826.

Korkut, F. (2007). Psikolojik Danışmanların Mesleki Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık ile İlgili Düşünceleri ve Uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **32**: 187-197. Erişim 17.07.2018. http://dergipark.org.tr/en/pub/hunefd/issue/7804/102323.

Körlin, D. ve Wrangsjö, B. (2002). Treatment Effects of GIM Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, **11**: 3-15. Erişim 17.07.2018. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08098130209478038.

Köroğlu, A., ve Hocaoğlu, Ç. (2017). Şizofreninin Aile Üzerine Olan Etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **7:** 170-175. Erişim 17.07.2018. http://dergipark.org.tr/en/pub/duzcesbed/issue/31504/345206.

Landsverk, S. S. ve Kane, C. F. (1998). Antonovsky's Sense of Coherence: Theoretical Basis of Psychoeducation İn Schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, **19**: 419–431. Erişim 17.07.2018. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0161284982488 72.

Langeland, E. (2007). Sense of Coherence and Life Satisfaction in People Suffering from Mental Health Problems. An İntervention Study in Talk-Therapy Groups with Focus on Salutogenesis. Doctora Thesis, Dissertation for The Degree Doctor Rerum Politicarum, University of Bergen, Norway.

Langeland, E., Riise, T., Hanestad, B. R., Nortvedt, M. W., Kristoffersen, K., ve Wahl, A. K. (2006). The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems—a randomised controlled trial. Patient Education and Counseling, **62**: 212–219. Erişim 17.07.2018. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399105002259.

Langeland, E., ve Vinje, H. F. (2017). The Application of Salutogenesis in Mental Healthcare Settings. In, Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B. and Espnes, G. A. (Eds). The Handbook of Salutogenesis. Springer: 299-305.

Leutwyler, H. C., Chafetz, L., Wallhagen, M. (2010). Older Adults with Schizophrenia Finding a Place to Belong. *Issues in Mental Health Nursing*, **31**: 507-513. Erişim 18.07.2018. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01612841003647005.

Lindström, B. (2001). The Meaning of Resilience. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, **13**: 7–12. Erişim 18.07.2018. https://www.degruyter.com/view/journals/ijamh/13/1/article-p7.xml.

Lindström, B. ve Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health*, 59: 440. Erişim 18.07.2018. https://www.researchgate.net/profile/Monica_Eriksson2/publication/7829346_Salutogenesis/links/53e4a8b80cf2fb748710d9f7/Salutogenesis.pdf.

Masten, A. S. (2018). Resilience Theory and Research On Children And Families: Past, Present, and Promise. *Journal of Family Theory and Review*, **10**: 12-31. Erişim 18.07.2018. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jftr.12255.

McGrath, J. J. (2005). Myths And Plain Truths About Schizophrenia Epidemiology–the NAPE lecture 2004. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **111**: 4-11. Erişim 18.07.2018. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.16000447.2004.00467.x.

Menzies, V. (2000). Depression in Schizophrenia: Nursing as a Generalized Resistance Resource. *Issues in Mental Health Nursing*, **21**: 605–617. Erişim 18.07.2018. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01612840050110308.

Millier, A., Schmidt, U., Angermeyer, M. C., Chauhan, D., Murthy, V., Toumi, M. ve ark. (2014). Humanistic Burden in Schizophrenia: A Literature Review. *Journal of Psychiatric Research*, **54:** 85-93. Erişim 18.07.2018. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395614001034.

Mittelmark, M. B., Bull, T., Daniel, M., ve Urke, H. (2017). Specific Resistance Resources in The Salutogenic Model of Health. In, Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B. and Espnes, G. A. (Eds). The Handbook of Salutogenesis. Springer: 71-76.

NIMH (2007). National Institute of Mental Health. Schizophrenia (DHHS Publication No. 06-3517). Washington, DC: U. S. Government Printing Office. Erişim 19.07.2018. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/schizophrenia/index.shtml.

Oktan, V., Odacı, H., Çelik, Ç. B. (2014). Psikolojik Doğum Sırasının Psikolojik Sağlamlığın Yordanmasındaki Rolünün İncelenmesi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **14:** 140-152. Erişim 19.07.2018. https://www.researchgate.net/profile/Cigdem_Celik7/publication/299500680_Psikolojik_Dogum_Sirasinin_Psikolojik_Saglamligin_Yordanmasindaki_Rolunun_Incelenmesi/links/582199ef08aeccc08af8d96b/Psikolojik-Dogum-Sirasinin-Psikolojik-Saglamligin-Yordanmasindaki-Roluenuen-Incelenmesi.pdf.

Öz, F., Bahadır Yılmaz, E. (2009). Ruh Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Psikolojik Sağlamlık, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Dergisi*, **16**: 82-89. Erişim 19.07.2018. http://dergipark.org.tr/en/pub/hunhemsire/issue/7841/103278.

Öztürk, M. O., Uluşahin, A. (Eds). (2015). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri. 13. Baskı. 189-245

Peker, A., Eroğlu, Y., Özcan, N. (2015). Özel Gereksinimli Çocuğa Sahip Anneler ile Tipik Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Annelerin Psikolojik Sağlamlık, İyilik Hali ve Mutluluk Düzeylerinin İncelenmesi. *Sakarya University Journal of Education*, **5**: 142-150. Erişim 19.07.2018. http://dergipark.org.tr/en/pub/suje/issue/20640/220114.

Pelikan, J. M. (2017). The Application of Salutogenesis in Healthcare Settings. In, Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B. and Espnes, G. A. (Eds). The Handbook of Salutogenesis. Springer: 261.

Petavy, F., Guizzaro, L., dos Reis, I. A., Teerenstra, S. ve Roes, K. C. (2019). Beyond "Intent to treat" and "Per protocol": Improving Assessment of Treatment Effects in Clinical Trials Through the Specification of an Estimand. British *Journal of Clinical Pharmacology*. Erişim 19.07.2019. https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/bcp.14195

Qin, P. (2011). The İmpact of Psychiatric İllness on Suicide: Differences By Diagnosis of Disorders and by Sex and Age of Subjects. *J Psychiatr Res*, **45**: 1445–52. Erişim 19.07.2018. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395611001105.

Quehenberger, V. ve Krajic, K. (2017). Applications of Salutogenesis to Aged and Highly-Aged Persons: Residential Care and Community Settings. In, Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B. and Espnes, G. A. (Eds). The Handbook of Salutogenesis. Springer: 325-335.
Radke-Yarrow, M., ve Brown, E. (1993). Resilience and Vulnerability in Children of Multiple-Risk Families. *Development and Psychopathology*, Erişim 19.07.2018. **5,** 581–592. https://www.cambridge.org/core/journals/development-and-psychopathology/article/resilience-and-vulnerability-in-children-of-multiplerisk-families/.

Riley, J. R., & Masten, A. S. (2005). Resilience in context: Linking context to practice and policy. In, R. D. Peters, B. Leadbeater., R. J. McMahon (Eds.), Resilience in Children, Families, and Communities: Linking Context to Practice And Policy. Kluwer Academic/Plenum: 13-25.

Roy, M., Levasseur, M., Houle, J., Dumont, C., ve Aujoulat, I. (2017). Perspectives on Salutogenesis of Scholars Writing in French. In, Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B. and Espnes, G. A. (Eds). The Handbook of Salutogenesis. Springer:373-377.

Satıcı, S. A. ve Deniz, M. E. (2017). Mizahla Başa Çıkma ve İyilik Hali: Psikolojik Sağlamlık ve İyimserliğin Aracılık Rolünün İncelenmesi. *Elementary Education Online*, **16**(3). Erişim 19.07.2018. http://dergipark.org.tr/en/download/article-file/330565,

Shamsaei, F., Cheraghi, F., Bashirian, S. (2015). Burden on Family Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia. *Iranian journal of psychiatry*, ***10***(4), 239. Erişim 19.07.2019. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4801494/.

Silva, A. N. D., Mendonça, M. H. M. D., Vettore, M. V. (2008). A Salutogenic Approach to Oral Health Promotion. *Cadernos de Saude Publica,* **24,**521-530. Erişim 20.07.2018. https://www.scielosp.org/article/csp/2008.v24suppl4/s521-s530/en/.

Summakoğlu, D. ve Ertuğrul, B. (2018). Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences,* **2**(1), 43-61. Erişim 20.07.2018. http://dergipark.org.tr/en/pub/lectiosc/issue/39038/457696.

Tan, K. K., Chan, S. W. C., ve Vehviläinen-Julkunen, K. (2014). Self-Care Program for Older Community-Dwellers: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Central European Journal of Nursing and Midwifery, 5*(4), 145-155. Erişim 20.07.2019. http://cejnm.osu.cz/pdfs/cjn/2014/04/03.pdf

The Mystery of Health. (2014, Ocak). www.HealthLetter.MayoClinic.com, p. 7.

Ülker Tümlü, G. ve Recepoğlu, E. (2013). Üniversite Akademik Personelinin Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*. **3:** 205-213 Erişim 20.07.2018. https://earsiv.anadolu.edu.tr/xmlui/handle/11421/14859.

Ward, M., Schulz, M., Bruland, D. ve Lohr, M. (2014). A Systematic Review of Antonovsky's Sense of Coherence Scale and Its Use in Studies Among Nurses: Implications for Psychiatric and Mental Health Nursing. *Journal of Psychiatric Nursing* **5** Erişim 20.07.2018. https://www.um.edu.mt/library/oar/bitstream/123456789/8757/3.

WHO (2019). World Health Report, Erişim 20.07.2018. http://www.who.int/news-room/fact sheets/detail/schizophrenia

Witkowska-Luc, B. (2018). Schizophrenia and Sense of Coherence. *Psychiatr. Pol,* **52**: 217-226. Erişim 20.07.2018.

http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_2_2018/ENGver217WitkowskaLuc_PsychiatrPol2018v52i2.pdf.

Yamazaki, Y., Togari, T., Sakano, J. (2011). Toward Development of İntervention Methods for Strengthening the Sense of Coherence: Suggestions from Japan. İn, T. Muto, T. Nakahara, and N. E. Woo (Eds.), Asian Perspectives and Evidence on Health Promotion and Education. Springer: 118-132 https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-4-431-53889-9_12.

9. EKLER

EK-1 HASTA TANITIM FORMU

Hasta Tanıtım Formu

1. Yaşınız: _____

2. Cinsiyetiniz

❒ Kadın ❒ Erkek

3. Eğitim durumunuz:

❒ Okur- yazar değil ❒ Okur- yazar ❒ İlkokul ❒ Ortaokul

❒ Lise ❒ Üniversite ❒ Lisansüstü ve üzeri

4. Medeni durumunuz?

❒ Evli ❒ Bekar

5. Mesleğiniz:_____

6. Çocuğunuz var mı? Varsa sayısı nedir?

❒Var _____ ❒ Yok

7. Kiminle yaşıyorsunuz?

❒ Yalnız yaşıyorum ❒ Eşimle yaşıyorum ❒ Eş ve çocuklarımla ❒ Annem veya Babamla

8. Hastaneye yatış sayınız:

9. Kaç yıldır şizofreni hastasısınız:

10. Çalışıyor musunuz?

❒ Hayır

❒ Evet

EK-2 BÜTÜNLÜK (TUTARLILIK) DUYGUSU ÖLÇEĞİ (BDÖ)

Bütünlük (Tutarlılık) Duygusu Ölçeği

Aşağıda hayatınızın belirli alanlarına ilişkin sorular sıralanmıştır. Soruların seçeneklerindeki 1 ve 7 rakamları cevabın uç noktalarını belirlemektedir. Cevabınızı, duygunuzu en iyi belirten rakamı daire içine alarak belirtiniz

1. Çevrenizle olup bitenle ilgilenmediğiniz duygusunu taşıyor musunuz?
1 2 3 4 5 6 7
Çok nadiren veya hiçbir zaman Çok sık

2. Geçmişte, iyi tanıdığınız insanların davranışlarına şaşırdığınız oldu mu?
1 2 3 4 5 6 7
Çok nadiren veya hiçbir zaman olmadı. Hep oldu

3. Güvendiğiniz insanların sizi hayal kırıklığına uğrattığı oldu mu?
1 2 3 4 5 6 7
Çok nadiren veya hiçbir zaman olmadı. Hep oldu

4. Şimdiye kadar hayatınızın
1 2 3 4 5 6 7
Belirgin hedefleri, amacı olmadı Belirgin hedefleri, amacı oldu

5. Haksızlığa uğradığınız duygusunu taşıyor musunuz?
1 2 3 4 5 6 7
Çok sık Pek nadiren veya hiçbir zaman

6. Alışık olmadığınız bir durumda, ne yapacağınızı bilmeme duygusunu taşıyor musunuz?
1 2 3 4 5 6 7
Çok sık Pek nadiren veya hiçbir zaman

7. Her gün yaptığınız işleri yapmak
1 2 3 4 5 6 7
Derin bir zevk ve tatmin kaynağı Acı ve sıkıntı kaynağı

8. Çok karmaşık duygularınız ve fikirleriniz var mı?
1 2 3 4 5 6 7
Çok sık Pek nadiren veya hiçbir zaman

9. Hissetmemeyi tercih ettiğiniz duygulara sahip olduğunuz olur mu?
1 2 3 4 5 6 7
Çok sık Pek nadiren veya hiçbir zaman

10. Birçok insan kuvvetli karakterli olsalar bile, bazen belli durumlarda başarısızlık hissi duyarlar. Geçmişte siz ne sıklıkla böyle hissettiniz?
1 2 3 4 5 6 7
Hiçbir zaman Çok sık

11. Bir şey olduğunda genelde
1 2 3 4 5 6 7
Önemini abarttığınızı veya küçümsediğinizi hissedersiniz Olaylara gereken önemi atfedersiniz

12. Gündelik olaylarda yaptığınız şeylerin nispeten anlamsız olduğunu ne sıklıkla hissedersiniz?
1 2 3 4 5 6 7
Çok sık Pek nadiren veya hiçbir zaman

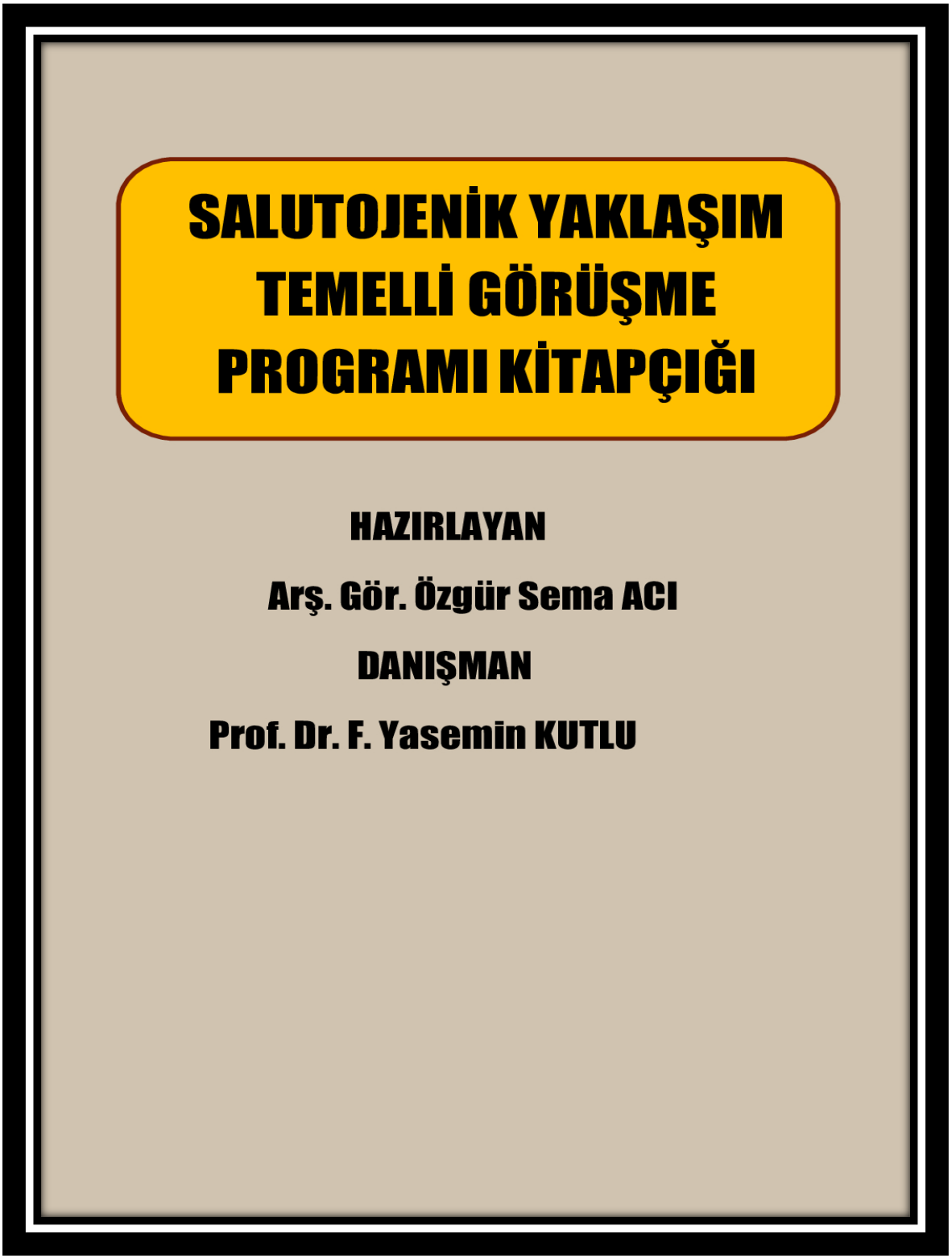
13. Ne sıklıkla kontrol edebileceğiniz duygularınız olur?
1 2 3 4 5 6 7
Çok sık Pek nadiren veya hiçbir zaman

EK-3 KISA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ (KPSÖ)

Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

	Hiç uygun değil	**Uygun değil**	**Biraz uygun**	**Uygun**	**Tamamen uygun**
1. Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim.	1	2	3	4	5
2. Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim.	1	2	3	4	5
3. Stresli durumlardan sonra kendime gelmem uzun zaman almaz	1	2	3	4	5
4. Kötü bir şeyler olduğunda bunu atlatmak benim için zordur.	1	2	3	4	5
5. Zor zamanları çok az sıkıntıyla atlatırım.	1	2	3	4	5
6. Hayatımdaki olumsuzlukların etkisinden kurtulmam uzun zaman alır.	1	2	3	4	5

EK-4. ŞİZOFRENİ HASTALARINA YÖNELİK SALUTOJENİK YAKLAŞIM TEMELLİ GÖRÜŞME PROGRAMI KİTAPÇIĞI



“ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERDE SALUTOJENİK YAKLAŞIM TEMELLİ GÖRÜŞMENİN BÜTÜNLÜK DUYGUSU VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞA ETKİSİ” BAŞLIKLI DOKTORA TEZİ KAPSAMINDA HAZIRLANAN BU ETKİNLİK KİTAPÇIĞI ŞİZOFRENİ HASTALARINA YÖNELİK SALUTOJENİK YAKLAŞIM TEMELLİ GÖRÜŞME YAPACAK OLAN UYGULAYICILARA KAYNAK OLMASI AMACIYLA HAZIRLANMIŞTIR.

Salutojenik Temelli Görüşme Programı ve Amaçları

Salutojenik sağlık modeline temellenen ilk müdahale programı görüşme/konuşma terapisi (talk therapy)'dir. Bu program hemşire araştırmacılar Langeland, Wahl, Kristoffersen ve Hanestad (2007) tarafından geliştirilmiştir

Müdahalenin beş temel bileşeni bulunmaktadır.

(1) Sağlığın sürekliliği

(2) Kişinin hikayesi

(3) Sağlık geliştirici faktörler

(4) Gerilim ve zorlanmanın sağlığı geliştirici gücünü anlamak

(5) Aktif adaptasyon

İyileşme için önerilen geleneksel terapide olumsuz yaşam olayları, teşhis ve ilaç konularına daha çok ağırlık verilir. Salutojenik yaklaşım temelli görüşmede ise kişinin kaynakları ve baş etme ile ilgili gelecekteki potansiyeli ele alınır. Salutojenik yaklaşım temelli görüşmede iyileşme süreci için üç iyileşme faktörüne odaklanılır.

3

Bu faktörler, katılımcıların,

(1) kendilerini sadece bir tanı ve hastalıktan daha fazlası olarak algılamasıdır.

(2) kendilerini keşfetmek ve diğer kişilerin kendilerini keşfetmelerine saygı duymak.

(3) kendi hayatları üzerinde kontrol sahibi olmak.

Bu programının amacı, katılımcıların potansiyeli, iç ve dış kaynakları kullanma becerileri hakkında farkındalıklarını ve bütünlük duygusunu, stresle başa çıkma becerilerini arttırarak ruh sağlığını yükseltmektir.

Salutojenik Temelli Görüşme Programının Niteliği

Grup toplantısı şeklinde planlanan salutojenik yaklaşım temelli görüşme 16 oturum ve ev ödevlerinden oluşur. Toplantılarda bütünlük duygusu ve baş etme üzerine odaklanılır. İlk toplantıda grubun amacı ve yapısı sunulur. Son toplantıda özetleme yapılır. Ödevler grubun devamlılığını sağlayarak grupta konuşulanların etkisini sürdürmesi sağlanır.

Salutojenik Temelli Görüşme Programından Kimler Yaralanabilir?

Bu program, grup toplantılarında duygularını ve baş etme yöntemlerini anlatmaya veya dinlemeye gönüllü şizofreni tanılı bireylere yöneliktir.

Salutojenik Temelli Görüşme Programını Uygulanabilecek Yerler

Salutojenik Temelli Görüşme Programı Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde (TRSM) uygulanabilir.

Görüşme Ortamı ve Oturma Düzeni

Görüşmenin uygulanacağı TRSM'lerde görsel eğitim araçlarının bulunduğu terapi odalarıdır. Katılımcılar etkileşimlerinin artması amacıyla daire düzeninde oturacaklardır.

Grubu Oluştururken Dikkat Edilmesi Gerekenler

Salutojenik Temelli Görüşme Programı TRSM'lerde uygulanırken grubun dinamiğinin bozulmaması için bireylerin hastalığın akut belirti döneminde olmamasına, akut tedavisinin tamamlanmış olmasına, idame ilaç tedavisi döneminde olmasına, hasta ve ailesinin hastanın grup toplantılarına katılmayı kabul etmesine ve 45 dk süre boyunca grup toplantısında kalabileceğini ifade etmesine, hastalığının psikotik

alevlenme döneminde olmamasına, işitme ve görme engeli olmamasına, mental retardasyon olmamasına, kişilik bozukluğu tanısı olmamasına ve alkol-madde etkisinde olmamasına dikkat etmek gerekmektedir.

Oturumların Süresi

Salutojenik Temelli Görüşme Programı oturumlarında süre, programdaki konuya, gruptaki katılımcı sayısına ve katılımcıların konuya olan ilgilerine göre değişebilir. Oturumlarda önerilen süre 60-90 dk.'dır. Etkinlik süresince katılımcıların lider tarafından gözlenmesi ve ilginin dağıldığı durumlarda kısa bir ara verilmesi veya ayrılmak isteyen katılımcıya izin verilmesi şeklinde planlama yapılabilir.

Oturumlarda Uyulması Gereken Kurallar

Görüşmelerin devamlılığı açısından ilk oturumda grup lideri tarafından katılımcılara grup kuralları açıklanmalı ve aşağıda örneği verilen sözleşme ile katılımcıların yazılı ve sözlü onayı alınmalıdır. Ayrıca, her oturum öncesinde bu kurallar grup lideri tarafından tahtaya yazılarak katılımcılara kurallar tekrar hatırlatılır.

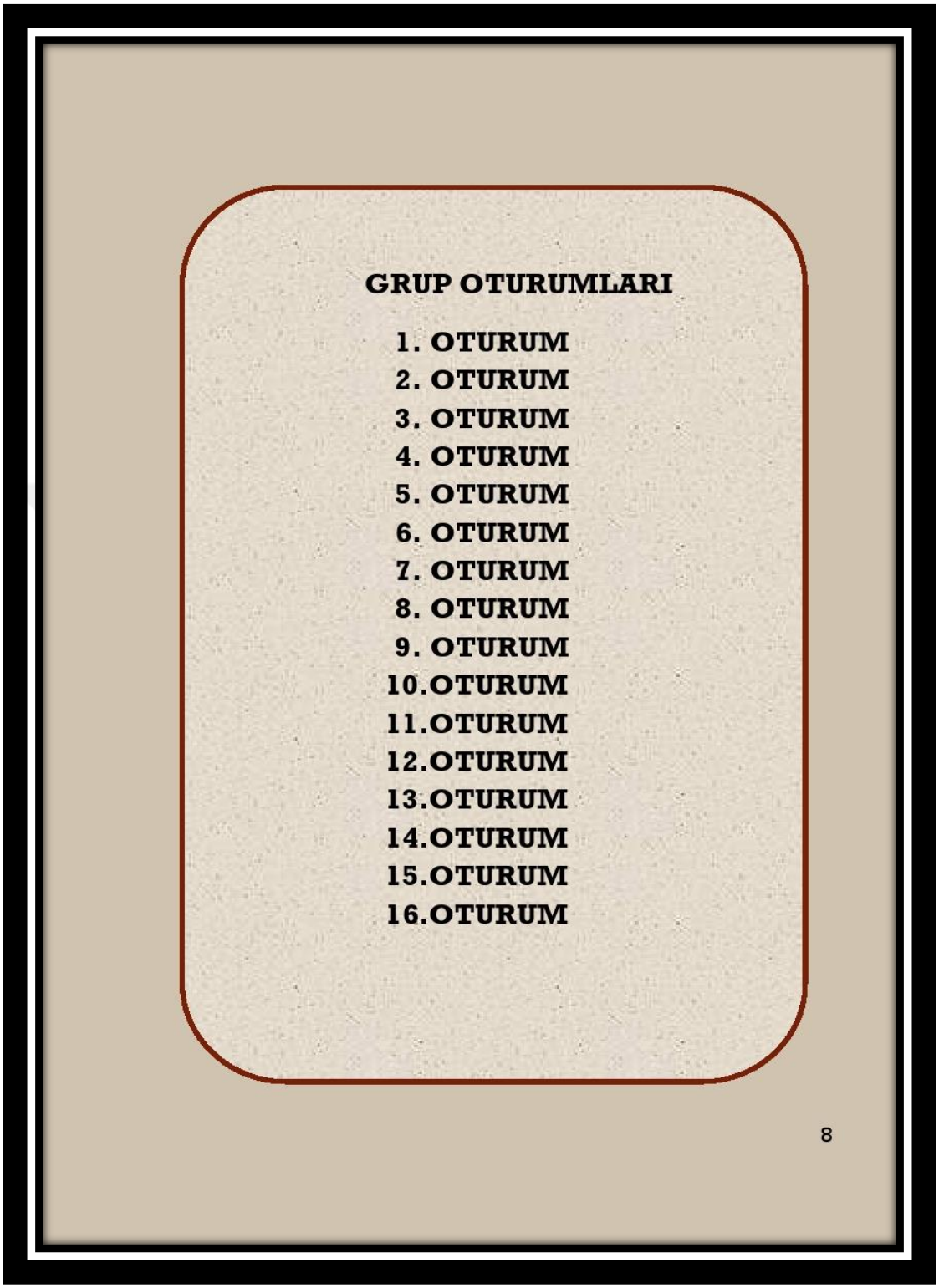
SÖZLEŞME ÖRNEĞİ

Bu eğitim programında aşağıdaki kurallara uyacağıma söz veriyorum.

İsim-Soyadı
İmza

1. Zorunlu bir sebep olmadıkça grup oturumlarına devam edeceğim.
2. Cep telefonumu sessiz moda alacağım.
3. Gruba zamanında geleceğim.
4. Grupta yapılan etkinliklere ve grup tartışmalarına katılacağım.
5. Diğer grup üyeleri konuşurken onların sözünü kesmeyeceğim.
6. Grup tartışmalarında söz alarak konuşacağım.
7. Grup arkadaşlarımın özel yaşamı ile ilgili öğrendiğim bir sırrı başkalarına anlatmayacağım.
8. Grup arkadaşlarımı anlattıkları yaşantılar ile ilgili yargılamayacağım ya da eleştirmeyeceğim.

7


GRUP OTURUMLARI
1. OTURUM
2. OTURUM
3. OTURUM
4. OTURUM
5. OTURUM
6. OTURUM
7. OTURUM
8. OTURUM
9. OTURUM
10.OTURUM
11.OTURUM
12.OTURUM
13.OTURUM
14.OTURUM
15.OTURUM
16.OTURUM
8

1.OTURUM

İçerik; Şimdi ve Burada Temalarından Örnekler	Hedefler	Ödevlerin İçeriği	Hedefler
Oturumların yapısı hakkında bilgi vermek.	Diğer grup üyeleri ile tanışmak.	Ödevler hakkında bilgi vermek	Ödevin amacını anlamalarını sağlayarak, kişileri motive etmek.

9

2. OTURUM

İçerik; Şimdi ve Burada Temalarından Örnekler	Hedefler	Ödevlerin İçeriği	Hedefler
Can sıkıntısı, yalnızlık ve üzüntü gibi duygularla nasıl baş edersiniz?	Bu duyguların doğal olduğunu anlamak ve kabul etmek. Bu duygular azaldığında diğer duyguların oluştuğunun farkında olmalarını sağlamak.	Günlük yaşamınızda daha rahat ve iyi hissetmek için neler yapıyorsunuz? İsteklerinizi gerçekleştirmek için neye ihtiyacınız var?	Kişilerin iyi deneyimlerinin ve ihtiyaçların farkında olmasını ve isteklerini gerçekleştirmek için faaliyete geçmesinin bilincini arttırmak.

10

3. OTURUM

İçerik; Şimdi ve Burada Temalarından Örnekler	Hedefler	Ödevlerin İçeriği	Hedefler
İş bulmak için fırsatları tartışmak.	Bu konuda rehberlik almasının işe yarayabileceğini fark ettirmek.	Geçen hafta içinde kendinizi iyi hissettiğiniz bir etkinliği açıklayınız.	Tatmin olma duygusu ve baş etme isteklerine dikkat çekmek.

4. OTURUM

İçerik; Şimdi ve Burada Temalarından Örnekler	Hedefler	Ödevlerin İçeriği	Hedefler
Baş etme öykülerini sormak Ör; karanlıktan korkan bir katılımcının, karanlıkla nasıl baş ettiğini anlatması	Baş etmeye dikkat çekmek ve bu deneyiminin diğer zor durumlarda da kullanılabilir olduğunu fark ettirmek.	Bu hafta boyunca size bakım veren kişileri düşününüz. Bu kişilerle ilişkilerinizde oluşan zor durumlarla nasıl baş ediyorsunuz?	Kişiler arası ilişkilerinde kişisel yeteneğinin farkında olmak.

5. OTURUM

İçerik; Şimdi ve Burada Temalarından Örnekler	Hedefler	Ödevlerin İçeriği	Hedefler
Endişeleriniz, kafanızda oluşan sesler gibi semptomlarınız ile nasıl baş edersiniz? Hangi durumlarda belirtileriniz azalır?	Kişinin kendi durumunu ve zorluklarını dikkate alarak çıkış yolu bulmasını sağlamak.	Seçme şansınız olsaydı, ne yapardınız?	Bireylerin İhtiyaçlarının ve isteklerinin farkında olmasını sağlamak.

13

6. OTURUM

İçerik; Şimdi ve Burada Temalarından Örnekler	Hedefler	Ödevlerin İçeriği	Hedefler
İş görüşmesi gibi önemli bir görüşmeyi nasıl yönetirdiniz?	Başa çıkma becerisinin güçlendirilmesi, zorluklara karşı planlama yapma ve yönetme becerisi kazandırmak.	"Günlük yaşamda neler yapıyorsunuz" sorusuna nasıl bir cevap verirsiniz?	Günlük yaşam aktivitelerinin farkında olmak ve ilişkileri için hayali bir zemin hazırlamak.

7. OTURUM

İçerik; Şimdi ve Burada Temalarından Örnekler	Hedefler	Ödevlerin İçeriği	Hedefler
İyi ilişkiler hakkında konuşmak Ör: A katılımcısı torunu ile iyi ilişkilerini anlatıyor.	Kişinin kendi sosyal ağlarının farkında olması, bu ilişkilerin yaşam kalitesi ve baş etmesini nasıl etkilediğini anlamak.	İyi olarak tecrübe ettiğiniz bir gününüzü tanımlayınız.	İyi içsel duyguların artırılması bu duyguların varlığının bilincinde olmak.

15

8. OTURUM

İçerik; Şimdi ve Burada Temalarından Örnekler	Hedefler	Ödevlerin İçeriği	Hedefler
Nasıl övgü alırsınız.	Olumlu geribildirimleri algılamaya teşvik etmek ve böylece güvende hissetmek.	Sizin için değerli birinin size; "Bu ilişki için sana minnettarım" dediğini düşününüz.	Baş etme kaynakları olan mevcut kişisel İlişkilerin farkında olmak.

16

9. OTURUM

İçerik; Şimdi ve Burada Temalarından Örnekler	Hedefler	Ödevlerin İçeriği	Hedefler
Zor bir durum ile nasıl baş edersiniz? Bu durumla baş etmek için nasıl seçim yaparsınız?	Bir seçimin sorumluluğunu dikkate almak	Sizin hayatınızda önemli olan nedir?	Seçme yeteneğini artırarak anlamlı bir şeyler yapmayı seçmek.

17

10. OTURUM

İçerik; Şimdi ve Burada Temalarından Örnekler	Hedefler	Ödevlerin İçeriği	Hedefler
Arkadaşlarınızla ilişkilerinizde kibar ve kararlı bir şekilde Nasıl sınır ayarlarsınız?	Bireyin kendi sınırlarının bilincinde olmasını sağlamak.	Aktivite ve dinlenme ihtiyaçlarını nasıl karşılıyorsunuz?	Bireyin ihtiyaçlarını ve duygularını göz önüne alarak kendi kontrolünü ele almasını sağlamak.

11. OTURUM

İçerik; Şimdi ve Burada Temalarından Örnekler	Hedefler	Ödevlerin İçeriği	Hedefler
Uyku sorunları ile nasıl baş ediyorsunuz?	Aynı sorunu yaşayan diğer katılımcıları dinlemek.	Kendinizi hayali bir yolculuğa çıkarınız. Bu yolculukta kendinize günlük hayatınızda en az bir kez ne yapmak veya deneyimlemek istediğinizi söyleyiniz?	Kişinin hayallerinin farkında olmasını sağlamak.

19

12. OTURUM

İçerik; Şimdi ve Burada Temalarından Örnekler	Hedefler	Ödevlerin İçeriği	Hedefler
Bir aile geleneği olan düğün gibi bir etkinlikte ile nasıl davranırsınız?	Hayal ederek baş etme yeteneğinin farkına varmak.	Hayatınıza pozitif etkisi olan bireyler kimlerdir?	Güçlerinin ve kaynaklarının farkında olmak. Kişilerarası ilişkiler ve ilişki kurma biçimini tartışmak.

20

13. OTURUM

İçerik; Şimdi ve Burada Temalarından Örnekler	Hedefler	Ödevlerin İçeriği	Hedefler
Alış-veriş için markete gittiğinizde neler yaparsınız?	Kendi ihtiyaçlarını karşılayan zor bir eylemle baş ederek bütünlük duygusunu arttırmak.	Başka birini nasıl memnun edersiniz?	İnsan ilişkilerini geliştirerek bireyin bilişsel aktivitelerini arttırmak.

21

14. OTURUM

İçerik; Şimdi ve Burada Temalarından Örnekler	Hedefler	Ödevlerin İçeriği	Hedefler
Bir gününüzü nasıl organize edersiniz?	Günlük yaşamda kişinin kaynakları fark ettirmek	Gruba katıldıktan sonra ne gibi olumlu özelliklerinizi keşfettiniz?	Kişinin güçlü ve iyi duygularını yansıtmasına izin vermek.

22

15. OTURUM

İçerik; Şimdi ve Burada Temalarından Örnekler	Hedefler	Ödevlerin İçeriği	Hedefler
İyi deneyimlerin hakkında konuşalım. Ör: A katılımcısı yolculukla ilgili iyi bir deneyimini söylemek isteyebilir.	İyi duyguların önemini kavramak.	Gelecekte kendiniz için belirlediğiniz hedefleriniz nelerdir?	Tek başına hedefleri olabileceğini ve bu hedeflere ulaşabileceğini yansıtmak.

23

16. OTURUM

İçerik; Şimdi ve Burada Temalarından Örnekler	Hedefler	Ödevlerin İçeriği	Hedefler
Özetleyerek tüm gruba geri bildirimde bulunulur.	Katılımcıların gruptan biriyle iletişim kurmak isteyip istemediğinin farkında olmak.	Grubun sizin için anlamı nedir.	İyi deneyimlerin farkında olmak. Yeni durumlarda bu deneyimlerin kullanılabileceğinin mümkün olduğunu anlamak.

Kaynaklar:

1. Langeland, E., Riise, T., Hanestad, B. R., Nortvedt, M. W., Kristoffersen, K., & Wahl, A. K. (2006). The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems—a randomised controlled trial. Patient Education and Counseling, 62, 212–219.
2. Langeland, E., & Vinje, H. F. (2017). The application of salutogenesis in mental healthcare settings. In The Handbook of Salutogenesis (pp. 299-305). Springer, Cham.
3. Langeland, E. (2007). Sense of coherence and life satisfaction in people suffering from mental health problems. An intervention study in talk-therapy groups with focus on salutogenesis. Dissertation for the degree doctor rerum politicarum (dr.polit.), University of Bergen, Norway
4. Yamazaki, Y., Togari, T., & Sakano, J. (2011). Toward development of intervention methods for strengthening the sense of coherence (SOC): Suggestions from Japan. In T. Muto, T. Nakahara, & N. E. Woo (Eds.), Asian perspectives and evidence on health promotion and education (pp. 118–132). New York: Springer.

EK-5 KATILIM BELGESİ



KATILIM BELGESİ

Sayın …….,

Prof. Dr. F. Yasemin KUTLU danışmanlığında Uzm. Hemş. Özgür Sema ACI tarafından yürütülen 16 oturumdan oluşan "SALUTOJENİK TEMELLİ GÖRÜŞME PROGRAMI"na katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Uzm. Hemş. Özgür Sema ACI
İ.Ü.C. Florence Nightingale
Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Elemanı

Prof. Dr. F. Yasemin KUTLU
İ.Ü.C. Florence Nightingale
Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

EK -6 BDÖ KULLANIM İZNİ



ÖZGÜR SEMA CULHACI <semaculhaci86@istanbul.edu.tr> 11

Alıcı: nita

Sayın Scherler,

Türkçeye uyarlaması tarafınızca yapılmış olduğunu "Bütünlük (Tutarlılık) Duygusu Ölçeğini (Sense of Coherence Scale)" doktora tezimde (şizofreni tanılı bireylerde) kullanmak istiyorum.

İzin verirseniz çok memnun olurum.

Saygılarımla

Özgür Sema ACI

Research Assistant, Msc. Psychiatric Nurse

Department of Psychiatric and Mental Health Nursing

Florence Nightingale Nursing Faculty

Istanbul University

Abide-i Hürriyet Caddesi 34381

Çağlayan Şişli /Istanbul/Turkey

Mobile: 0090 5303290633

Email: semaculhaci@hotmail.com

Hanna Scherler <nita@hannascherler.com> 13

Alıcı: ben

Merhaba,
Tabi, kullanabilirsiniz,
Kolay gelsin,
Hanna Scherler

EK-7 KPSÖ KULLANIM İZNİ



Ynt: Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği hakkında

TD

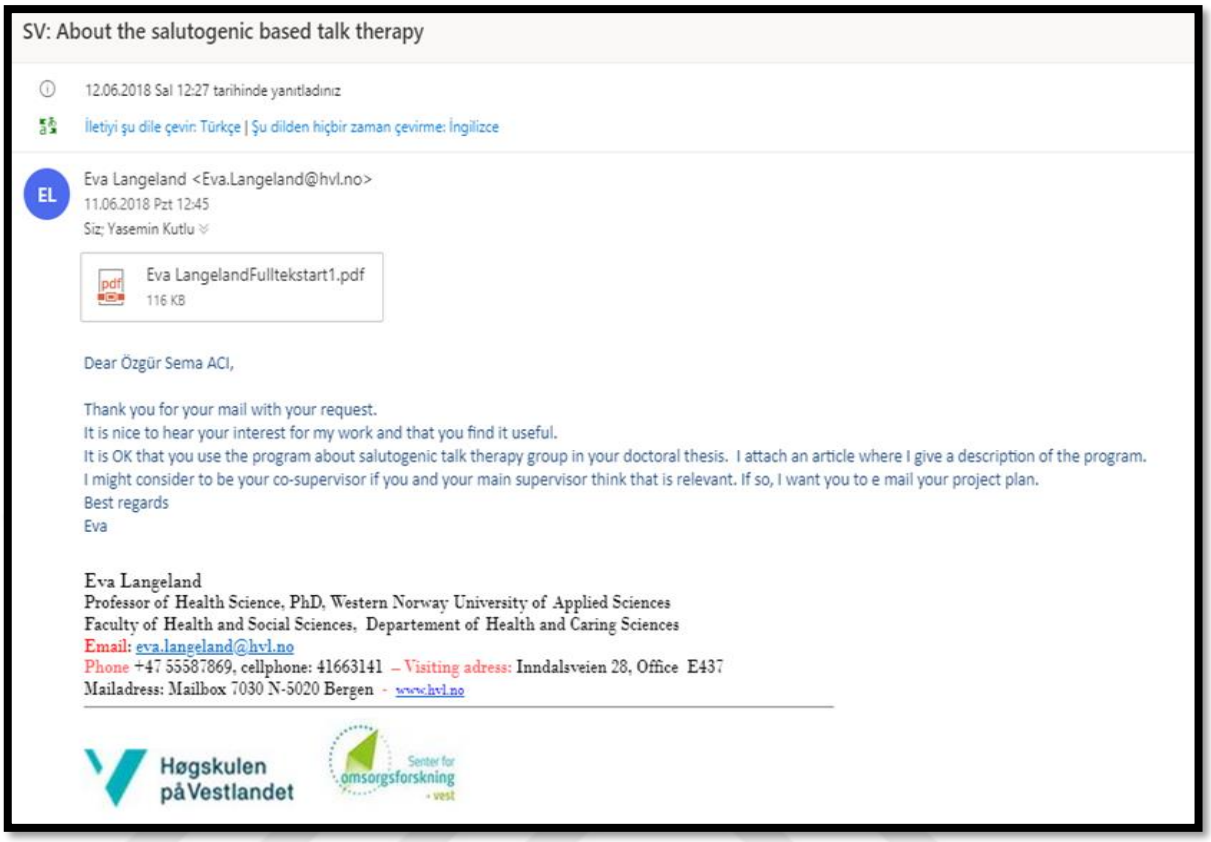
Tayfun Doğan <tayfun@tayfundogan.net>
10.08.2018 Cum 07:18
Kime: OZGUR SEMA ACI

Merhaba,

Ölçeği kullanabilirsiniz. Ölçeğe kişisel web sitemden ulaşabilirsiniz.
Kolay gelsin.

Tayfun Doğan
www.tayfundogan.net

EK-8 SALUTOJENİK TEMELLİ GÖRÜŞME PROGRAMI UYGULAMA İZNİ



SV: About the salutogenic based talk therapy

12.06.2018 Sal 12:27 tarihinde yanıtladınız

İletiyi şu dile çevir: Türkçe | Şu dilden hiçbir zaman çevirme: İngilizce

EL

Eva Langeland <Eva.Langeland@hvl.no>
11.06.2018 Pzt 12:45
Siz; Yasemin Kutlu

Eva LangelandFulltekstart1.pdf
116 KB

Dear Özgür Sema ACI,

Thank you for your mail with your request.
It is nice to hear your interest for my work and that you find it useful.
It is OK that you use the program about salutogenic talk therapy group in your doctoral thesis. I attach an article where I give a description of the program.
I might consider to be your co-supervisor if you and your main supervisor think that is relevant. If so, I want you to e mail your project plan.
Best regards
Eva

Eva Langeland
Professor of Health Science, PhD, Western Norway University of Applied Sciences
Faculty of Health and Social Sciences, Departement of Health and Caring Sciences
Email: eva.langeland@hvl.no
Phone +47 55587869, cellphone: 41663141 – Visiting adress: Inndalsveien 28, Office E437
Mailadress: Mailbox 7030 N-5020 Bergen - www.hvl.no

Høgskulen på Vestlandet

Senter for omsorgsforskning vest

EK-9 ETİK KURUL KARARI

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofreni Tanılı Bireylerde Salutojenik Yaklaşım Temelli Görüşmenin Bütünlük Duygusu ve Psikolojik Dayanıklılığa Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	19 Mayıs mah. Sinan Ercan Cad. No:29 Kazasker/Kadıköy/İstanbul
	TELEFON	02163025959/232
	FAKS	02164118060
	E-POSTA	erenkoy.etikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Fatma Yasemin Kutlu			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İ. Ü. C. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	X		
		Diğer ise belirtiniz			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ X	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Bülent Kadri GÜLTEKİN
İmza:



EK-9 ETİK KURUL KARARI

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofreni Tanılı Bireylerde Salutojenik Yaklaşım Temelli Görüşmenin Bütünlük Duygusu ve Psikolojik Dayanıklılığa Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe X İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe X İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	X	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☐	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 7	Tarih: 05.11.2018	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Doç. Dr. Bülent Kadri GÜLTEKİN	Halk Sağlığı/ Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E ☑ K ☐	E ☐ H ☑	E ☑ H ☐	
Doç. Dr. Hüseyin GÜLEÇ	Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E ☑ K ☐	E ☐ H ☑	E ☑ H ☐	
Doç. Dr. E. Emrem BEŞTEPE	Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E ☐ K ☑	E ☐ H ☑	E ☑ H ☐	
Doç. Dr. S. Füsun DOMAÇ	Nöroloji	Erenköy RSHEAH	E ☐ K ☑	E ☐ H ☑	E ☑ H ☐	
Doç. Dr. Yusuf Özay ÖZDEMİR	Nöroloji	Erenköy RSHEAH	E ☑ K ☐	E ☐ H ☑	E ☑ H ☐	
Doç. Dr. Filiz İZCİ	Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E ☐ K ☑	E ☐ H ☑	E ☑ H ☐	
Doç. Dr. Özalp EKİNCİ	Çocuk Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E ☑ K ☐	E ☐ H ☑	E ☑ H ☐	
Doç. Dr. Alper YILDIRIM	Fizyoloji	Marmara Üniversitesi	E ☑ K ☐	E ☐ H ☑	E ☑ H ☐	
Doç. Dr. Neslihan AKKİŞİ KUMSAR	Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E ☐ K ☑	E ☐ H ☑	E ☑ H ☐	
Uzm. Dr. Merih ALTINTAŞ	Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E ☐ K ☑	E ☐ H ☑	E ☑ H ☐	
Uzm. Dr. Ömer DEMİR	Farmakoloji	Cordoba Sağlık ve Danışmanlık Hizm.Ltd. Şti	E ☑ K ☐	E ☐ H ☑	E ☑ H ☐	
Uzm. Dr. Mustafa ÜLKER	Nöroloji	Erenköy RSHEAH	E ☑ K ☐	E ☐ H ☑	E ☑ H ☐	
Taşkın AZİZAĞAOĞLU	Hukuk	Serbest Avukat	E ☑ K ☐	E ☐ H ☑	E ☑ H ☐	
Zeynep Bakiye ERGİN	Sivil Üye	----------	E ☐ K ☑	E ☐ H ☑	E ☑ H ☐	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Bülent Kadri GÜLTEKİN
İmza:

EK-10 KURUM İZNİ

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - ERENKÖY RUH VE SİNİR İNSAN KAYNAKLARI BİRİMİ
04/01/2019 14:51 - 32900231 - 604.01.01 - E.8
00084142779

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 32900231-604.01.01
Konu : Özgür Sema ACI (Tez Çalışması)

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Sağlığın Geliştirilmesi Birimi)

İlgi : 27/12/2018 tarihli ve 16867222-604.01.01-4146 sayılı yazınız;

İstanbul Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Doktora Öğrencisi Özgür Sema ACI' nın "şizofreni tanılı bireylerde salutojenik yaklaşım temelli görüşmenin bütünlük duygusuna ve psikolojik dayanıklılığa etkisi" başlıklı tez çalışmasını, Hastanemize bağlı Çekmeköy Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yapmak istemesine dair talebi uygun bulunmuştur.

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Doç. Dr. Rabia BİLİCİ
Başhekim

Sinan Ercan Cd. No : 29 Kadıköy
Telefon: Faks No:
e-Posta: aysan.bagci@saglik.gov.tr İnternet Adresi: aydanbagci@gmail.com
Bilgi için: Aydan BAĞCI
TIBBI SEKRETER
Telefon No: 216 302 59 59-212

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 0371044f-10ac-4c2c-b1c5-2bdcc8599a0c kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-11 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı;
Sizi Özgür Sema ACI tarafından yürütülen 'şizofreni tanılı bireylerde salutojenik yaklaşım temelli görüşmenin bütünlük duygusu ve psikolojik dayanıklılığa etkisi' isimli bir çalışmada yer almak üzere davet ediyoruz. Bu çalışma doktora tez çalışması kapsamında bir araştırmadır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini, olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlıklarını bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırın ve bu bilgileri ailenizle ve/veya doktorunuzla tartışın. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?
Şizofreni tanılı bireyler, duygusal ve davranışsal alanlarda yaşadıkları sorunlar nedeniyle sıklıkla çevreye uyum sağlamakta zorluk çeken, damgalamayla mücadele etmek zorunda kalan, işlevselliklerinin günden güne azalan, yaşadıkları ümitsizlikler nedeniyle intihar riskleri artan, tedaviye uyumda zorluklar yaşamaları nedeniyle uzun süre bakım ve desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Şizofrenide salutojenik yaklaşım temelli görüşmenin amacı katılımcıların farkındalık ve güvenlerini arttırmak, iç/dış kaynaklarını ve potansiyelleri fark etmelerini sağlayarak bütünlük duygusunu, baş etme becerilerini, ruh sağlığı ve refah düzeyini arttırmaktır. Araştırmamızda şizofreni tanılı bireylerde salutojenik yaklaşım temelli görüşmenin etkinliğinin bütünlük duygusu ve psikolojik dayanıklılık ölçekleriyle değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde kayıtlı şizofreni tanılı bireyler dahil edilmesi planlanmıştır. Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü kişi sayısı 60 kişidir.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?
Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, araştırmacınız tarafından doktorunuza yönlendirilerek sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilebilmesi için doktorunuza yönlendirilecektir.

Bana önerilen araştırma yöntemi dışında başka alternatif yöntemler var mı?
Çalışmamızda şizofreni tanılı bireylerin çeşitli ölçekler aracılığıyla görüşmenin etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?
Değerlendirme Görüşmesi: Çalışmaya katılmanız durumunda, araştırmacı tarafından yapılacak bir değerlendirme görüşmesine katılmanız gerekmektedir. Bu görüşmede çalışmanın size uygun olup olmadığını belirlenecektir. Değerlendirme sonrası uygun şartları sağlamanız halinde çalışmanın ölçekleri uygulanacaktır. Ölçekler uygulandıktan sonra 16 oturumdan oluşan haftada iki oturum olarak planlanan, her bir oturumun süresi yaklaşık 45 dakika sürecek olan bir görüşme grubuna dahil olacaksınız. Son oturumda ve 1 (bir) ay sonra sizinle iletişime geçerek aynı anketleri tekrar uygulayacağız. Bu görüşmeler dahilinde size uygulanacak olan testler için herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Araştırma süresi yaklaşık 4 (dört) ay olarak planlanmıştır.

Uygulanacak Ölçekler:

Şizofreni Hastalarına Ait Tanıtıcı Özellikler Formu: Kişisel bilgilerinizin kaydedildiği formdur.

Bütünlük (Tutarlılık) Duygusu Ölçeği (Sense of Coherence Scale): Toplam 13 maddeden oluşan görüşmenin etkinliğini değerlendiren bir ölçektir.

Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ): Toplam 6 maddeden oluşan görüşmenin etkinliğini değerlendiren bir ölçektir.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları nelerdir, göreceğim olası bir zarar durumunda ne yapılacak?

Uygulanmış olan tedavi üzerine hastalığınız açısından güvenli olmayan bir müdahale ya da girişim olmayacaktır. Dolayısı ile bu çalışma uygulanan tedavi etkinliğini değiştirmeyecektir. Bu araştırma sırasında herhangi bir komplikasyon veya yan etki beklenmemektedir. Bilinmeyen etkilerden dolayı değerlendirme sırasında ortaya çıkabilecek olası bir zararın giderilmesi için gerekli her türlü tıbbi müdahale yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar tarafımızca üstlenilecektir.

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?

Çalışmada şizofreni tanılı bireylerde salutojenik yaklaşım temelli görüşmenin bütünlük duygusu ve psikolojik dayanıklılığa etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu müdahale ile bütünlük duygusunun ve psikolojik dayanıklılığının artması hedeflenmektedir.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. (Ulaşım ve yemek paraları da dahil olmak üzere gönüllülere herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.)

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? Araştırmacı kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz çalışma boyunca araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır. Bununla beraber izleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişim imkanları bulunmaktadır, ancak bu bilgileriniz gizli tutulacaktır. Elinizde bulunan bu gönüllü olur formunu imzalayarak söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız. Çalışmanın sonunda, bu bilgiler hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Gönüllüler nasıl korunur ? Gönüllünün serbest iradesi ile araştırmaya dahil edileceğine dair oluru alınır ve bu durum (c) bendinde yer alan bilgilendirmeye yönelik hususları kapsayan Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile belgelenir. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllüye verilir, diğeri ise araştırmacıda kalır.

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim ?

Çalışma ile ile ilgili bir sorununuz olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı-Soyadı : Özgür Sema ACI
Görevi : Uzman Hemşire
TELEFON : 0 530 329 06 33 **Paraf:**

Katılımcının/Hastanın Beyanı

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, Uzm. Hemş. Özgür Sema ACI tarafından görüme programı olarak planlanan bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve tedavime karşı herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim). Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Uzm. Hem. Özgür Sema ACI'yı, 0 530 329 06 33, Abide-i Hürriyet Cad. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nigthingale Hemşirelik Fakültesi Şişli / İSTANBUL (telefon ve adres) 'ten arayabileceğimi biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcının Tarih:

Adı Soyadı:
İmzası:
İletişim Bilgileri: **e-posta:** **Telefon:**

Katılımcının kanuni temsilcisi (Varsa) Tarih:

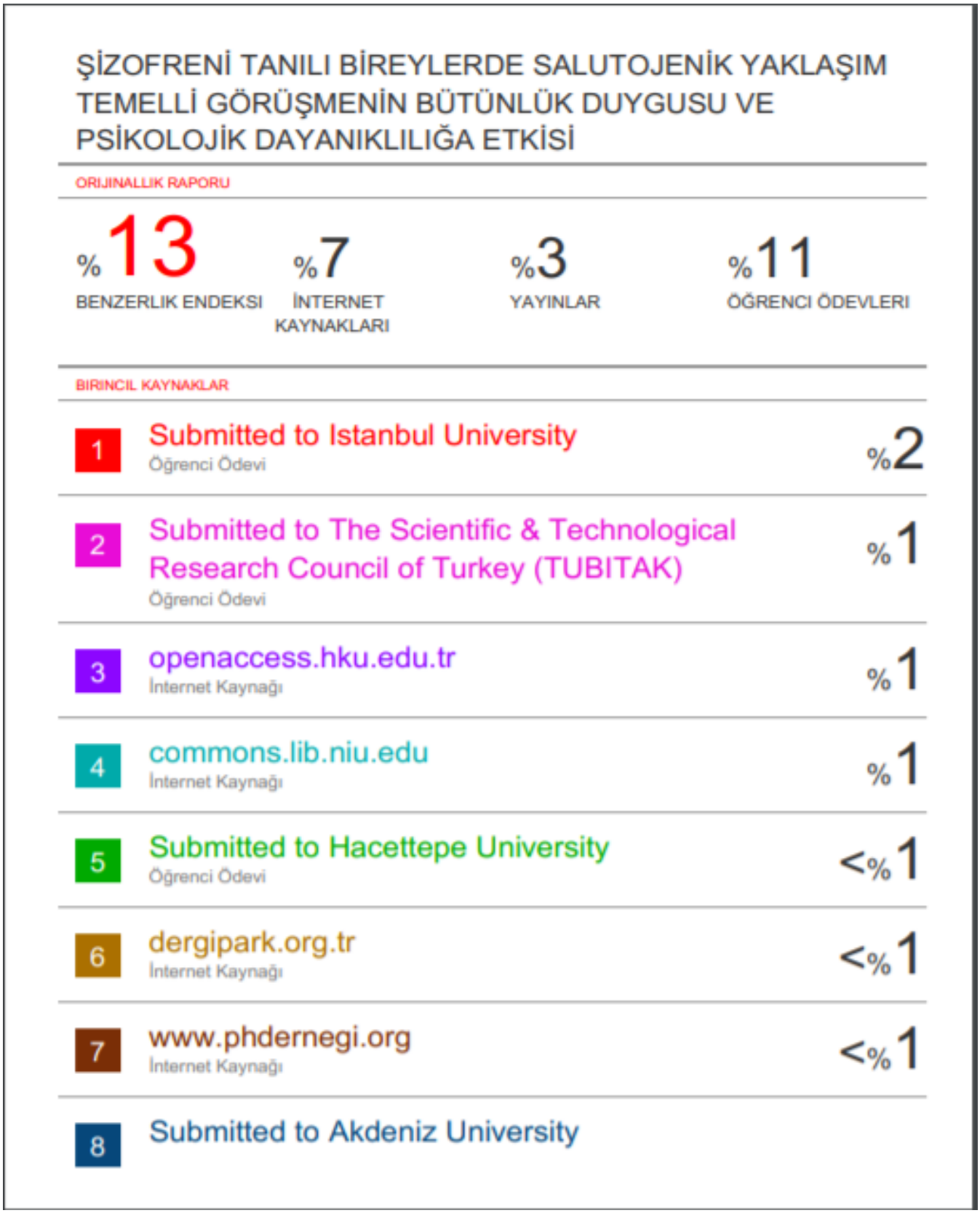
Adı Soyadı:
İmzası:

İletişim Bilgileri: **e-posta:** **Telefon:**

Araştırmacı

Adı-Soyadı: Özgür Sema ACI
İmzası:

10. İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI



ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERDE SALUTOJENİK YAKLAŞIM TEMELLİ GÖRÜŞMENİN BÜTÜNLÜK DUYGUSU VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞA ETKİSİ

ORIJINALLIK RAPORU

%13	%7	%3	%11
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%2
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%1
3	openaccess.hku.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
4	commons.lib.niu.edu İnternet Kaynağı	%1
5	Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi	<%1
6	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	<%1
8	Submitted to Akdeniz University	

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Özgür Sema	**Soyadı**	ACI
Doğ.Yeri	ANTAKYA	**Doğ.Tar.**	24.08.1986
Uyruğu	TC	**TC Kim No**	13778233914
Email	semaculhaci@hotmail.com	**Tel**	+90 530 329 06 33 +971 50 714 06 33

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora		
Yük.Lis.	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2015
Lisans	GATA Hemşirelik Yüksekokulu	2008
Lise	Mersin Yusuf Kalkavan Anadolu Lisesi	2004

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1. Araştırma Görevlisi	Florence Nigthingale Hemşirelik Fakültesi	2016- halen devam ediyor.
2. Hemşire	GATA Haydarpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi	2015-2016
3. Hemşire	Ankara Mevki Asker Hastanesi	2013-2015

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İNGİLİZCE	İYİ	İYİ	İYİ	-	YDS:75-2014 YÖKDİL:83,75-2018

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	75	77	72

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office	İYİ
SPSS	IYI

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Yayınları:

- Acı Ö.S., Avşar G., "Effect on Postspinal Headache of Head and Neck İmmobilization: A Randomized Controlled Trial", Journal Of Perianesthesia Nursing, vol.32, pp.302-311, 2017
- Acı, Ö.S., Ciydem, E., Bilgin, H., Ozaslan, Z., & Tek, S. (2020). Turkish newspaper articles mentioning people with mental illness: A retrospective study. International Journal of Social Psychiatry, 0020764019894609.
- Acı Ö.S., Avşar G. , Karaman Özlü Z. , "Post Spinal Baş Ağrısında Ağrı Yönetimi", Sağlıkla Dergisi, cilt.21, ss.18-19, 2015
- Kutlu F.Y., Acı Ö.S., "Afetlerin Psikososyal Etkilerinin Yönetimi", Afet Hemşireliği, Deniz Öztekin , Ed., Türkiye Klinikleri Yayınevi, ANKARA, ss.101-109, 2018
- Kutlu F.Y., Acı Ö.S., "Yaşlı Ruh Sağlığına Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Yaklaşımı ", Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği, Gül Ünsal Barlas , Ed., Türkiye Klinikleri Yayınevi, ANKARA, ss.55-61, 2018
- Acı, Ö. S., & Kutlu, F. Y. (2019). Psikiyatri Hastalarında Fiziksel Sağlıkla İlişkili Riskli Durumlar. Turkiye Klinikleri Psychiatric Nursing-Special Topics, 5(3), 1-9

Tebligleri:

- Acı Ö.S., Çoban E., Kayacan N., Demir M.S., Kutlu F.Y., "Hemşirelik Öğrencilerinin Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Dersi Klinik Uygulama Deneyimleri; Nitel Bir Çalışma", 18.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi,, Afyon, Türkiye, 25-27 Nisan 2019. (Sözel bildiri)
- Acı Ö.S., Demir M.S., Kayacan N., Çoban E., Kutlu F.Y., "Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Öğrencilerinin Klinik Uygulama Süreçlerinin Sistematik Olarak Gözden Geçirilmesi", 18.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Afyon, Türkıye, 25-27 Nisan 2019. (Poster bildiri)
- Ak E.S., Acı Ö.S., Kutlu F.Y., "Obezite Cerrahisi Öncesinde ve İyileşme Sürecinde Psikososyal Girişimler: Sistematik Literatür İncelenmesi", V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği kongresi, Antalya, Türkıye, 20-23 Kasım 2018. (Poster bildiri)
- Acı Ö.S., Özaslan Z., Bilgin H., Tek S., "What is the Coverage of People Having Mental Illness in the Online Media in Turkey? Pilot Study", 6 th European Conference on Mental Health , Berlin, Almanya, 4-6 Ekim 2017, pp.77-77. (Poster bildiri)

- Özaslan Z., Bilgin H., Tek S., Acı Ö.S., "Sağlık Sisteminde Şiddeti Önlemede Sıfır Tolerans Politikasının Etkinliğinin Değerlendirilmesi: Sistematik Derleme", 3. Uluslararası Farklı Şiddet Boyutları ve Toplumsal Algı Kongresi , Kocaeli, Türkıye, 14 Nisan - 15 Eylül 2017, pp.316-317. (Sözel bildiri)

- Tek S., Bilgin H., Özaslan Z., Acı Ö.S., "2008 yılından itibaren Türkiye'de çocuk ve gençlerde şiddet davranışlarını önlemeye yönelik uygulanan girişimlerin incelenmesi", 3. Uluslararası Farklı Şiddet Boyutları ve Toplumsal Algı Kongresi , Kocaeli, Türkıye, 14-15 Nisan 2017, pp.470-471. (Sözel bildiri)

- Tek S., Özaslan Z., Acı Ö.S., "Türkiyede Kadınlara Yönelik Ekonomik Şiddet", 3. Uluslararası Farklı Şiddet Boyutları ve Toplumsal Algı Kongresi , Kocaeli, Türkıye, 14-15 Nisan 2017, pp.472-473. (Sözel bildiri)

- Özaslan Z., Tek S., Acı Ö.S., "Sağlık İşyerlerinde Psikolojik Şiddet(Mobbing)", 3. Uluslararası Farklı Şiddet Boyutları ve Toplumsal Algı Kongresi , Kocaeli, Türkıye, 14-15 Nisan 2017, pp.314-315. (Sözel bildiri)

- Acı Ö.S., Bilgin H., Özaslan Z., Tek S., "Toplumsal Bakış Açısıyla Kadına Yönelik Şiddet Nedenlerinin Sistematik Olarak İncelenmesi", 3. Uluslararası Farklı Şiddet Boyutları ve Toplumsal Algı Kongresi , Kocaeli, Türkıye, 14-15 Nisan 2017, pp.358-359. (Sözel bildiri)

- Özaslan Z., Acı Ö.S., "Psikiyatride Tanımlayıcı Ve Bütünleyici Tıp Kullanımı Ve Psikiyatri Hemşireliği", IV. Uluslar arası ve VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Manisa, Türkiye, 6-9 Kasım 2016, pp.19-19. (Sözel bildiri)

Ödülleri:

- Ak E.S., Acı Ö.S., Kutlu F.Y., "Obezite Cerrahisi Öncesinde ve İyileşme Sürecinde Psikososyal Girişimler: Sistematik Literatür İncelenmesi", V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği kongresi, Antalya, Türkıye, 20-23 Kasım 2018. Poster Birincilik Ödülü

- Acı Ö.S., Çoban E., Kayacan N., Demir M.S. , Kutlu F.Y., "Hemşirelik öğrencilerinin ruh sağlığı ve psikiyatri dersi klinik uygulama deneyimleri; nitel bir çalışma", 18.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Afyon, Türkiye, 25-27 Nisan 2019. Sözel ikincilik ödülü

Sertifikaları:

- "Koroner Yoğum Bakım Hemşireliği Kursu" -7 Mart 2014- Ankara- GATA Başhemşireliği- Gata Hemşirelik Yüksekokulu

- “Kronik Yara ve Stoma Bakımı Kursu”-Mayıs 2015- İstanbul- GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Komutanlığı
- “Psikiyatri Hemşireliğinde Psikoeğitim Uygulayıcı Eğitimi” 6-9 Kasım 2016- Manisa- IV. Uluslar Arası ve VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi
- “Çocuk İstismarına Sağlıklı Müdahale Eğitimi”-2016- İstanbul- İnsan Bilimleri Derneği
- “Üreme Sağlığı Kursu”-2008- Ankara - GATA Eğitim Hastanesi Başhemşireliği
- “İlk ve Acil Yardım Tazeleme Kursu” -2009 - Ankara- GATA Eğitim Hastanesi Başhemşireliği
- “Ameliyathane Servis Hemşireliği Eğitimi”- 2008- Ankara- GATA Eğitim Hastanesi Başhemşireliği
- “Abdülkadir Özbek Psikodrama Enstitüsü Psikodrama ve GrupTerapisi” Eğitimi, 2016-Halen, İstanbul (Eğitimciler: Doç. Dr. Can GER- Psikolog İnanç Sümbüoğlu)
- “CİSED – Psikoanalitik yönelimli psikoterapi eğitimi- 2018- halen, İstanbul (Eğitimciler: Prof. Dr. Cengiz Güleç- Dr. Cem Keçe)

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Snowboarding, Satranç, Snorkelling